RÉSEAU DU NOUVEAU-BRUNSWICK DE LUTTE CONTRE LE CANCER (RNBLC)

Cadre d'imputabilité

Décembre 2003

1.0 LETTRE D'ENVOI 6
2.0 SOMMAIRE 7
2.1 L'étude – objet, structure et processus 7
2.2 La réalité du cancer – le fardeau de la maladie 7
2.3 Progrès dans la lutte contre le cancer au Canada et dans le monde 8
2.4 Le contexte du Nouveau-Brunswick 9
2.5 La solution – un cadre provincial d'imputabilité de lutte contre le cancer 10
2.6 Liaisons 13
2.7 Contrats de rendement 13
2.8 Priorités 14
2.9 Mesure du rendement de la lutte contre le cancer 14
2.10 Budget pour le cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer 14
2.11 Mise en œuvre 14
3.0 L'ÉTUDE – BUT ET MÉTHODE 15
3.1 Le mandat de l'équipe d'étude 15
3.2 La composition de l'équipe d'étude 15
3.3 Le processus de révision 16
4.0 LA RÉALITÉ DU CANCER - LE FARDEAU DE LA MALADIE 17
4.1 L'ensemble du Canada 17
4.2 Le Nouveau-Brunswick 18
5.0 PROGRÈS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER AU CANADA ET DANS LE MONDE 20
5.1 Agences et programmes provinciaux de lutte contre le cancer 20
5.1.1 Classification 20
5.1.2 Étendue des services 20
5.1.3 Gouvernance 21
5.1.4 Responsabilités budgétaires 22
5.1.5 Enjeux et questions qui se posent aux agences et programmes de lutte contre le cancer 22
5.2 L'Association canadienne des agences provinciales de lutte du cancer (ACAPC) 22
5.3 La stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) 23
5.4 Stratégies de lutte contre le cancer dans les 11 pays de l'OCDE 24
5.5 Lutte contre le cancer dans certains pays choisis – leçons à retenir 25
5.5.1 Nouvelle-Zélande 25
5.5.2 Australie 26
5.5.3 Pays européens 26
5.5.4 Angleterre et pays de Galles 26

6.0 LE CONTEXTE DU NOUVEAU-BRUNSWICK..... 28

6.1 Le système de soins de santé.....28

6.2 Le système de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick..... 30

6.2.1 Vue d'ensemble.....30

6.2.2 Récente évolution de la lutte contre le cancer au niveau provincial, au Nouveau-Brunswick.....31

6.2.3 Points forts du système actuel.....31

6.2.4 Occasions à saisir.....33

6.2.5 Risques et menaces.....33

6.3 Enjeux et défis..... 34

6.3.1 Enjeux et défis généraux.....34

6.3.2 Enjeux spécifiques dans divers domaines de la lutte contre le cancer.....35

- Planification et priorités..... 35
- Recherche sur le cancer..... 35
- Surveillance..... 36
- Ressources humaines..... 36
- Aspects financiers..... 38
- Ressources en matériel (installations et appareils)..... 39
- Prévention du cancer..... 40
- Dépistage du cancer..... 40
- Diagnostic..... 41
- Modalités de traitement (radiothérapie, thérapie systémique et oncologie chirurgicale)..... 41
- Guides de pratique clinique..... 45
- Soins palliatifs..... 46
- Processus de soins aux malades..... 47

7.0 LA SOLUTION - UN CADRE PROVINCIAL D'IMPUTABILITÉ DE LUTTE CONTRE LE CANCER..... 49

7.1 Principes.....49

7.2 Mandat et objectifs..... 51

7.3 Options..... 52

7.3.1 Option 1 - Le statu quo..... 52

7.3.2 Option 2 - Création d'une agence de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick..... 52

7.3.3 Option 3(a) - Un réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (à gestion intégrée).....54

Option 3(b).....55

7.3.4 Option 4 - Un réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (moins structuré)..... 55

7.4 Option privilégiée - Un réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (à gestion intégrée)..... 56

7.4.1 Introduction.....56

7.4.2 Structure d'ensemble.....60

7.4.2.1 Chef de file du réseau provincial de lutte contre le cancer.....60

7.4.2.2 Structure du secrétariat et du soutien administratif du réseau.....61

7.4.2.2.1 Chef des opérations du réseau provincial de lutte contre le cancer..... 61

7.4.2.2.2 Coordonnateurs.....62

7.4.2.2.3 Secrétaires.....62

7.4.2.3 Conseil consultatif provincial de lutte contre le cancer.....63

7.4.2.4 Forum provincial d'intervenants.....

7.4.2.5 Équipe du réseau provincial de lutte contre le cancer 63
7.4.2.6 Fonctions, facilitateurs de groupes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer 64
7.4.2.7 Rôle du bureau de direction du réseau provincial de lutte contre le cancer 67
7.4.2.8 Conseil des directeurs généraux des régies régionales de la santé (RRS) 67
7.4.2.9 Rôle du ministère de la Santé et du Mieux-être 68
7.4.2.10 Sous-réseaux 68
7.4.2.11 Comités consultatifs des sous-réseaux de lutte contre le cancer 69
7.4.2.12 Équipe de gestion du sous-réseau 69
7.4.2.13 Les centres spécialisés 69
7.4.3 Niveaux de prestation des services de lutte contre le cancer 70

8.0 LIAISONS 71
8.1 Liaisons entre les provinces et à l'échelle nationale 71
8.2 Liaisons avec les provinces, les régions et les collectivités 71

9.0 CONTRATS DE RENDEMENT 72
10.0 PRIORITÉS 73
10.1 Principes et occasions à saisir 73
10.2 Priorités particulières 73

11.0 MESURE DU RENDEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER 74
12.0 BUDGET DU CADRE D'IMPUTABILITÉ DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER 77
13.0 MISE EN OEUVRE 80
14.0 ANNEXES 83
14.1 Annexe I 83
14.2 Annexe II 84
14.3 Annexe III 89

1.0 LETTRE D'ENVOI

Le 12 décembre 2003

Madame Andrée Robichaud,

Objet : Cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick

Veuillez trouver ci-joint les résultats de l'étude externe portant sur la lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick, dans laquelle l'accent est mis plus particulièrement sur une structure au niveau provincial. Cette étude a été effectuée à la demande du ministère de la Santé et du Mieux-être et s'est déroulée sur une période de quatre mois, du début juin à la fin septembre 2003.

L'étude est en grande partie consacrée à un projet de cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick. Après avoir envisagé plusieurs options, les chercheurs ont retenu celle qui semble la mieux adaptée au contexte du Nouveau-Brunswick et aux principes admis pour la lutte contre le cancer soit un « réseau à gestion intégrée ». Ils recommandent ainsi la désignation « Réseau du Nouveau Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC) ». L'étude comporte également des recommandations en ce qui concerne les liens, la mesure des résultats obtenus, les contrats de rendement, les priorités, un budget et un plan biennal de mise en œuvre (trois exercices financiers).

L'étude met en lumière plusieurs enjeux et défis qui doivent être traités en charge en vue d'améliorer les résultats. Cela dit, il existe également pour le Nouveau-Brunswick des possibilités considérables de prendre les devants, d'apporter des améliorations à la lutte contre le cancer et de faire progresser la position de la province dans les contextes canadien et international. Ceci met en jeu évidemment l'analyse du fardeau de cette maladie au sein de la population de la province et l'inévitable alourdissement futur de ce fardeau si des dispositions adéquates ne sont pas prises.

Les auteurs de l'étude tiennent à exprimer leur reconnaissance au personnel du ministère de la Santé et du Mieux-être pour sa coopération et son soutien. Ils remercient Pam Mitchell et Deanna Stewart-McGarry pour leurs conseils et leur aide à la rédaction, ainsi que Michèle Michaud pour la transcription. Leur gratitude va également à Pam, Deanna et Majella Dupuis qui ont guidé avec compétence les chercheurs lors de diverses rencontres avec des intervenants en divers endroits du Nouveau-Brunswick. Ils voudraient par ailleurs exprimer leur gratitude pour la coopération et l'appui qu'ils ont reçus de toutes les personnes interviewées et de tous ceux et celles qui nous ont transmis des observations écrites. Les auteurs ont été fortement impressionnés par le degré de participation et de conscience professionnelle manifesté par un si grand nombre de personnes.

L'équipe de l'étude se fera un plaisir de répondre à toute question ou sujet demandant clarification que pourrait avoir le ministère de la Santé et du Mieux-être ou tout autre intervenant.

D R Carlow

Donald R. Carlow MD
Président de l'équipe d'étude externe

2.0 SOMMAIRE

2.1 L'étude – objet, structure et processus

À la demande du ministère de la Santé et du Mieux-être, une étude a été entreprise sur l'approche du Nouveau-Brunswick à propos de la lutte contre le cancer. Cette étude a été menée de juin à septembre 2003. L'équipe de l'étude avait été chargée de proposer une structure organisationnelle de la planification, du financement et de la surveillance de l'ensemble des services de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick, et ayant pour objectif d'améliorer l'accès à ces services et leur coordination dans toute la province, dans le cadre d'un système intégré de prestation de services de lutte contre le cancer. Il avait été demandé à l'équipe de l'étude de proposer un plan de mise en œuvre définissant les options, les relations, les liaisons, les domaines exigeant des politiques, les normes, et les lignes directrices. L'équipe devait également déterminer un budget, établir un calendrier de mise en œuvre et définir les modalités de contrôle et d'évaluation de ladite structure.

- Une équipe d'étude de trois personnes a été formée, composée du Dr Donald R. Carlow, directeur de l'équipe, du Dr Susan O'Reilly – tous deux de Colombie-Britannique, et du Dr Denis Roy du Québec. Ces trois enquêteurs possèdent une vaste expérience de la conception et de la direction de systèmes de lutte contre le cancer et ils ont joué des rôles importants aux échelons provincial, pancanadien et internationaux.

- Le processus d'investigation a été exhaustif, consistant en quatre jours de travail sur le terrain et des réunions avec une grande diversité d'intervenants (environ 175) à travers tout le Nouveau-Brunswick. L'équipe a eu la possibilité de passer en revue de nombreux documents concernant le système de santé et le système de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick. L'équipe a également analysé les observations écrites et présenté des informations sur les systèmes de lutte contre le cancer dans les autres provinces, ainsi qu'aux niveaux pancanadien et international. Les chercheurs ont ensuite cerné et analysé les problèmes, proposé des options pour un cadre de lutte contre le cancer, privilégié une option particulière et établi un programme de mise en œuvre et un plan budgétaire. Au terme des visites sur le terrain, l'équipe a fourni un compte rendu verbal et a également mis au courant les cadres dirigeants du ministère de la Santé et du Mieux-être en août, puis à nouveau en septembre 2003.

2.2 La réalité du cancer – le fardeau de la maladie

- Au Canada, le cancer constitue la cause principale de décès prématurés et il est en passe de devenir la principale cause de décès au cours de la prochaine décennie. Le nombre de cas augmente annuellement à un taux de 2 à 3 %, tandis que la prévalence des personnes sous traitement actif augmente de 8 à 10 % chaque année. Dans nombre de cas, non seulement le cancer est une maladie qui peut être évitée, mais encore les systèmes organisés de lutte contre le cancer pour des populations particulières ont démontré qu'il est possible d'améliorer la survie et la qualité de vie des personnes touchées. De tels systèmes existent partout au Canada (sauf dans les provinces du Nouveau-Brunswick et de Île-du-Prince-Édouard) et sont mis en œuvre de plus en plus rapidement dans la plupart des pays développés.

- Les différences au niveau des modes de vie et dans l'organisation des réseaux de prestation de services expliquent les résultats inégaux à travers le Canada. Les taux d'incidence et de mortalité sont plus élevés dans les provinces de l'Atlantique que dans les provinces de l'Ouest où des systèmes plus organisés de lutte contre le cancer ont été mis en place.

- Plus précisément, le Nouveau-Brunswick connaît le deuxième taux le plus élevé d'incidence du cancer au Canada. La province enregistre en général un plus grand nombre de nouveaux cas et une mortalité plus élevée que dans le reste du Canada. Au Nouveau-Brunswick, les années potentielles de vie perdues en raison de tous les cancers dépassent celles des maladies coronariennes et autres maladies cardiovasculaires réunies. Et cette situation ira en s'empirant. Entre 1996 et 2008, le Nouveau-Brunswick prévoit une augmentation de 37 % des nouveaux cas de cancer et une augmentation de 29 % du nombre de décès; et cette estimation est probablement prudente vu que les comportements à risque propres au cancer tendent à

dominer au Nouveau-Brunswick. Et malgré cela, il n'existe aucun système provincial coordonné ou organisé pour la lutte contre le cancer. Chaque région de la province agit de façon indépendante, la fragmentation est considérable et la coordination entre les prestataires de soins de santé se révèle médiocre. Il existe un manque d'homogénéité dans les pratiques, aucune norme ou des normes inconséquentes, aucune « stratégie » et certains problèmes de sécurité qui méritent attention.

- Les lacunes de mise en œuvre par le Nouveau-Brunswick d'un système organisé de lutte contre le cancer entraînera des résultats encore plus défavorables et la province risquera de prendre de plus en plus de retard par rapport aux autres provinces et aux autres pays. Elle ne sera également pas en mesure de profiter des mesures pancanadiennes qui sont en cours d'élaboration par la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) et l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC). Les travaux de ces deux organismes entraîneront de nouveaux progrès dans les provinces qui comptent déjà des systèmes en place.

En bref, l'écart entre le Nouveau-Brunswick et le reste du Canada est en train de s'agrandir. Le Nouveau-Brunswick doit prendre des mesures immédiates ou va se retrouver considérablement « déphasé » par rapport au reste du Canada, alors que sa population souffre du fardeau accru de cette maladie.

2.3 Évolutions dans la lutte contre le cancer au Canada et dans le monde

- À l'exception de deux provinces (N.-B. et Î.-P.-É.), le Canada reste un chef de file dans l'élaboration et le fonctionnement des systèmes provinciaux de lutte contre le cancer. Six provinces canadiennes disposent d'agences provinciales de lutte contre le cancer ayant des conseils d'administration et des budgets précis. Deux des provinces ont des programmes gérés par le ministère de la santé et deux autres ne possèdent aucune structure provinciale.

- Les provinces disposant de systèmes organisés offrent une approche globale allant de la prévention aux soins palliatifs et ont mis au point plusieurs ententes de réseau dans des domaines comme l'oncologie chirurgicale et les soins palliatifs. Certaines provinces ont également élaboré des structures provinciales de programmes officiels dans des domaines comme la radiothérapie et la thérapie systémique. Toutes ces dispositions visent à assurer une application uniforme des normes, politiques et lignes directrices de pratique clinique, aussi bien pour le système de lutte contre le cancer que pour le reste du système de santé. Ces provinces mènent également des activités de recherche, tiennent des registres, gèrent des centres spécialisés de lutte contre le cancer, mettent en œuvre des programmes de dépistage, et possèdent des systèmes organisés pour les périphéries. Tout porte à croire que de tels systèmes aboutissent à de meilleurs résultats. Il existe cependant des défis comme par exemple leur intégration au système de santé général, le manque de ressources humaines et les pressions liées aux coûts. En revanche, l'existence d'un système organisé constitue un véhicule très efficace pour aborder ces problèmes et les autres questions qui peuvent se poser.

- À l'échelle du Canada, deux développements importants se sont produits au cours des cinq à six dernières années et présentent un intérêt pour le Nouveau-Brunswick. Il s'agit de la création de l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (l'ACAPC) en tant qu'organisme officiel et de l'élaboration de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC). Tous les organismes ou programmes provinciaux de lutte contre le cancer ont été regroupés au sein de l'ACAPC, qui est un organisme interprovincial, afin d'aborder de façon systématique et coordonnée à l'échelle du Canada plusieurs activités comme la planification des ressources humaines, les normes, les lignes directrices de pratique clinique, la surveillance, l'éducation et l'évaluation des technologies. Au titre de son partenariat avec l'ACAPC, Santé Canada, et la Société canadienne du cancer (SCC) en plus de l'Institut national du cancer du Canada (INCC), la SCLC a également abordé un certain nombre de priorités semblables à celles de l'ACAPC, mais qui comprennent en outre la prévention et les soins palliatifs de soutien. Ces deux mesures coordonnées ont pour but de créer un cadre pancanadien pour une mise en œuvre uniforme dans les différentes provinces. L'absence d'une structure provinciale de lutte contre le cancer risque de sérieusement compromettre la mise

en place de ces priorités pancanadiennes. Il sera donc important pour le Nouveau-Brunswick de prendre réellement position afin de tirer profit de ces initiatives.

- Un grand nombre de pays confrontés à ce même fardeau qu'est le cancer ont mis au point des plans de lutte contre cette maladie. Citons la Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Danemark, l'Italie, l'Allemagne, la France, Israël, l'Angleterre et le pays de Galles. La plupart se heurtent à des obstacles de mise en application, mais certaines leçons pourraient être utilement tirées de leurs expériences, en particulier dans le cas de l'Angleterre et du pays de Galles. Ces obstacles sont :
  - la planification de la lutte contre le cancer devrait relever du gouvernement;
  - les plans doivent être exhaustifs et comporter une description claire des priorités;
  - les plans doivent s'appuyer sur des données et une analyse fiables et cohérentes;
  - l'accent devrait être mis sur les normes, les lignes directrices et les objectifs et attentes en matière de rendement;
  - il devrait exister une coordination et une intégration poussées avec les groupes de participants;
  - il faudrait mettre sur pied des équipes de direction et décisionnelles bien définies pour toutes les composantes de la lutte contre le cancer;
  - il faudrait mettre en place un mécanisme de « réseautage » pour la mise en œuvre du système proposé et qui comporte un rôle d'appui administratif du réseau;
  - il faudrait mettre en place un contrôle efficace à l'échelle local et dans l'ensemble du système.

  Il est intéressant de constater que ces développements n'ont pas empêché de conserver la lutte contre le cancer dans le cadre d'un modèle élargi de distribution des soins plutôt que dans un modèle d'agence de lutte contre le cancer. À cet égard, ces « leçons » peuvent se révéler particulièrement intéressantes pour le Nouveau-Brunswick.

2.4 Le contexte du Nouveau-Brunswick

- Afin de pouvoir concevoir un cadre qui s'y adapte, il fallait que les chercheurs aient une bonne compréhension du système de santé global du Nouveau-Brunswick. La *Loi sur les régies régionales de la santé* définit les structures régionales qui comprennent sept régions et huit régies régionales de la santé ayant un conseil d'administration qui relève du ministre et des directeurs généraux qui relèvent de la sous-ministre. Une conception du système est en préparation et il existe un avant-projet de plan de santé provincial qui met l'accent sur les cinq domaines de priorité que sont l'accès, la santé de la population, les ressources humaines, les meilleures pratiques et l'imputabilité. La planification, les priorités, les normes, la définition des services à assurer, l'approbation des plans, le financement et l'évaluation relèvent du ministre. Les régions déterminent les besoins, définissent la façon dont les ressources seront utilisées, assurent la participation des citoyens et établissent des rapports sur les résultats. Le système comporte plusieurs niveaux ou degrés de soins bien définis et des travaux ont été réalisés en ce qui concerne les soins de santé primaires; il existe un service provincial d'épidémiologie et la mesure du rendement du système a fait l'objet d'un excellent travail. Il est évident que la structure actuelle restera en place dans un avenir prévisible et qu'il existe une volonté d'appui du rôle et des responsabilités des régies régionales de la santé.

- Le système de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick est décentralisé, fragmenté et n'est pas coordonné avec les régies régionales de la santé qui opèrent de façon indépendante. Bien qu'un excellent travail ait été accompli par le Comité consultatif sur les services de lutte contre le cancer, peu de choses ont été faites pour la mise en œuvre des priorités qui avaient été recommandées et aucune structure provinciale permanente n'existe en matière de planification, d'élaboration des politiques, de coordination ou d'imputabilité. Il y a des centres importants de traitement du cancer incluant la radiothérapie et la chimiothérapie à Moncton et à Saint John. La chimiothérapie est également assurée dans les centres principaux et dans douze centres en périphérie. Il existe un registre provincial, un programme provincial de

dépistage du cancer du sein, un dépistage décentralisé du cancer du col de l'utérus, et quelques unités de soins palliatifs.

- Bien que le système connaisse de nombreux problèmes, il comporte certains éléments positifs dont des gens dévoués, la création spontanée de certaines initiatives, une capacité et une infrastructure des installations raisonnables, un rythme élevé de saisie sur registres et l'engagement du ministre envers une stratégie de lutte contre le cancer. Des possibilités sont également réalisables, en ce sens qu'un système coordonné de lutte contre le cancer pourrait être mis en place à partir de meilleures pratiques et de l'expérience d'autrui sans avoir à modifier la structure existante. L'existence de la SCLC et de l'ACAPC offre la possibilité d'utiliser des informations dans les travaux déjà réalisés et d'adapter ou d'appliquer celles-ci dans le contexte du Nouveau-Brunswick. Les priorités du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé, et en particulier la réforme des soins de santé primaires et les soins palliatifs, offrent également d'intéressantes perspectives.

- Pour aller de l'avant, cependant, il faudra faire face à de nombreux dangers et défis. Ce sont notamment : les manques de ressources humaines dans toutes les disciplines importantes, dus aux grandes différences de salaires; la distribution inéquitable des ressources; un écart croissant entre les réalisations au Nouveau-Brunswick et dans le reste du Canada; la fragmentation et les possibilités de soins risqués; le fardeau de la maladie en regard des résultats médiocres de la lutte contre le cancer; les comportements à risque propres au cancer qui sont plus fréquents; les coûts exorbitants des médicaments; l'insuffisance des ressources consacrées à l'épidémiologie du cancer; le développement des programmes de dépistage du cancer non fondés sur les résultats; la mauvaise coordination et les différences dans la prestation des soins et dans la gestion des listes d'attente; le manque d'approche coordonnée basé sur des normes et de lignes directrices; le manque de définitions précises en ce qui concerne les rôles, niveaux de soins ou responsabilités; les problèmes pour les patients ou les médecins tentant de naviguer dans le système; la disponibilité non uniforme des groupes de soutien; et la recherche peu développée sur le cancer, y compris les essais cliniques.

Manifestement, le Nouveau-Brunswick se doit d'aller de l'avant et d'établir un cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer à l'échelle provinciale.

2.5 La solution - un cadre provincial d'imputabilité de lutte contre le cancer

- On dispose aujourd'hui d'une expérience considérable en ce qui concerne les principes qui devraient caractériser un système de lutte contre le cancer tels qu'ils devraient s'appliquer au Nouveau-Brunswick. Ces principes sont :
    - la précision des buts recherchés, de la mission et des objectifs;
    - un seul système, unifié, coordonné et intégré;
    - une approche globale de la lutte contre le cancer allant de la prévention aux soins palliatifs;
    - des plans, stratégies et pratiques basés sur des données fondées sur les résultats;
    - la définition claire des rôles et des responsabilités;
    - un système équitable reconnaissant la diversité culturelle et les préférences linguistiques;
    - l'inclusivité;
    - l'imputabilité envers le ministère de la Santé et du Mieux-être (sous-ministre);
    - la rentabilité;
    - le respect des rôles des régies régionales de la santé;
    - le respect des recommandations du Comité consultatif sur les services de lutte contre le cancer;
    - l'établissement de liens bien établis avec les initiatives provinciales et pancanadiennes.

- L'équipe a étudié quatre options. En outre, des choix pouvaient également être faits au sein de certaines options – des options dans des options en somme. Les options étudiées allaient de légères améliorations au statu quo à un modèle complet d'agence de lutte contre le cancer. Les avantages et inconvénients de chacune des options ont été évalués. L'équipe de chercheurs recommande un modèle de réseau à gestion intégrée. Ce modèle ne correspond pas à celui d'une agence complète de lutte contre le cancer, mais il atteint les mêmes objectifs et respecte les principes présentés ci-dessus ainsi que des leçons utiles que l'on peut tirer d'autres sphères de compétence. Le modèle cadre bien avec le système actuel des régies régionales de la santé (RRS), ne remet pas en question les responsabilités actuelles des instances gouvernantes et peut être mis en place à un coût raisonnable. Un modèle d'agence complète de lutte contre le cancer signifierait un « énorme » changement à un coût considérable, modifierait les responsabilités actuelles des instances gouvernantes des RRS relativement au cancer et réduirait l'influence du ministère de la Santé et du Mieux-être en matière de lutte contre le cancer. De légères améliorations du système actuel constituent une option complémentaire, mais celle-ci n'est pas recommandée. En bref, elle n'apporterait pas d'amélioration significative dans les résultats de la lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick.

- Le modèle proposé – Le réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC) – comprend de nombreuses caractéristiques d'une agence et peut se définir comme un cadre structurel visant l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de lutte contre le cancer avec pour objectif de constituer un système uniforme de lutte contre le cancer fondé sur les résultats. Son but est de parvenir à diminuer l'incidence du cancer et la mortalité par le cancer, à augmenter les conditions de survie et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cette maladie. Il prend en charge les plans, la stratégie, les politiques, les priorités, les normes, les lignes directrices, l'évaluation et l'analyse des résultats. Il coordonne la mise en œuvre et définit les rôles et responsabilités de toutes les composantes du système, depuis les soins primaires jusqu'aux soins tertiaires et vice versa. Le champ d'application englobe en général tous les éléments de la lutte contre le cancer et plusieurs fonctions habilitantes. La structure établit les attentes en matière de rendement que doivent satisfaire les régies régionales de la santé. Elle regroupe un grand nombre d'intervenants et permet la centralisation de la coordination et du leadership. Le mot « réseau » peut évoquer quelque chose « d'assez vague », mal défini et qui pourrait se révéler inefficace. Un élément essentiel garantissant l'efficacité est l'apport d'un rôle d'appui administratif du réseau. Ce doit être essentiellement un « réseau à gestion intégrée » encadrer au sein du ministère de la Santé et du Mieux-être.

- La structure générale du réseau proposé est présentée aux figures 2, 3 et 4 dans le présent rapport. Les éléments essentiels de cette structure sont les suivants :

  - **Chef de file du réseau provincial de lutte contre le cancer**
    Il s'agit d'un poste clé du RNBLC dont le titulaire assure le rôle de directeur général du système et qui relève directement de la sous-ministre de la santé. Le titulaire doit être considéré comme un homologue des directeurs généraux des RRS et disposer d'un siège à leur conseil d'administration. Il est responsable de la stratégie ainsi que du personnel et des groupes du réseau, et son poste est équivalent ou comparable à celui des directeurs généraux des agences de lutte contre le cancer à travers tout le Canada. Sa rémunération devrait se situer à un niveau concurrentiel. Il disposera d'un siège au conseil de la CSCC et au conseil d'administration de l'ACAPC où il représentera le Nouveau-Brunswick. .

  - **Secrétariat du réseau**
    Le secrétariat relève du chef de file du réseau dont il seconde les activités. Assurant le rôle d'appui administratif du réseau, il comprend un chef des opérations, des coordonnateurs et des secrétaires. Le chef des opérations est responsable des aspects opérationnels du réseau. Les cinq coordonnateurs - qui jouent le rôle d'analystes des politiques – assurent le soutien des fonctions et facilitateurs de groupes de lutte contre le cancer et relèvent du chef des opérations.

  - **Conseil consultatif provincial de lutte contre le cancer**
    Relevant du ministre de la Santé et du Mieux-être, cette structure clé constitue l'organe de

coordination d'une grande diversité d'intervenants. Bien que n'ayant pas un rôle directeur, ce conseil a pour fonction d'introduire différents points de vue dans les plans de lutte contre le cancer et leurs résultats. Par des forums réguliers, il assure également la coordination des contributions d'un nombre toujours croissant d'intervenants.

- **Équipe du réseau provincial de lutte contre le cancer**
  C'est un groupe pluridisciplinaire constitué de 14 à 16 membres qui relèvent du chef de file du réseau. Il comprend le chef de file de chacune des fonctions, des facilitateurs de groupes de lutte contre le cancer, et des responsables des sous-réseaux. Il constitue le groupe consultatif principal du chef de file en matière de politiques. Chacun des membres préside à son tour, une fonction ou un groupe d'action des divers éléments de lutte contre le cancer et présente des recommandations de principe à l'équipe du réseau. Les résultats de l'activité de ces groupes contribuent à la teneur des contrats de rendement qui définissent les responsabilités et les résultats attendus des régions dans la lutte contre le cancer.
- **Fonctions, facilitateurs de groupes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer**
  Des groupes consultatifs des politiques se consacrent aux divers éléments de la lutte contre le cancer dans les domaines qui suivent :
  - Prévention
  - Dépistage
  - Diagnostics
  - Traitement
    - systémique
    - radiothérapie
    - chirurgical
  - Guides de pratique clinique (GPC)
  - Programmes provinciaux
  - Soins palliatifs ou de soutien
  - Recherche
  - Surveillance
  - Soins primaires et communautaires
  - Planification des installations/ appareils/ technologies
  - Conseil de l'exercice professionnel
    - ressources humaines
    - éducation
    - normes professionnelles

Chacun de ces groupes pluridisciplinaires est relié à un réseau à l'échelle de la province et également lié aux secteurs d'activité du ministère de la Santé et du Mieux-être. En outre, les chefs de file de ces groupes devraient être reliés aux structures de la SCLC et de l'ACAPC. Le présent rapport détaille le rôle de chacun de ces groupes. Il y a lieu de noter cependant que certains domaines peuvent réclamer une approche spécifique par programme provincial plutôt qu'une approche de réseau. Le meilleur exemple est la nécessité d'un budget provincial spécialisé pour la chimiothérapie, comprenant au moins un poste de pharmacien pour en appuyer les activités. Bien que l'on ait suggéré que la gynéco-oncologie fasse l'objet d'un programme provincial, il serait préférable qu'elle fasse partie du réseau provincial d'oncologie chirurgicale. La surveillance demande un meilleur soutien, la recherche requiert un plan stratégique et la structure de dépistage dépendra des décisions stratégiques provinciales en ce qui concerne le dépistage du cancer du col utérin et du cancer colorectal.

La planification des ressources humaines demande une attention particulière, mais elle devrait être entreprise par le Conseil de l'exercice professionnel en parallèle avec les normes d'éducation et de pratiques professionnelles. Une attention particulière devrait également être accordée aux soins de santé primaires par l'entremise de la nomination

d'un « chef de file » des soins primaires. La prévention du cancer doit faire partie de la prévention des maladies chroniques, mais la composante relative au cancer doit être liée à la structure du réseau de lutte contre le cancer et aux initiatives régionales, afin d'assurer une approche coordonnée de la diminution des comportements à risque. Les ressources professionnelles actuellement disponibles sont insuffisantes pour appuyer des groupes spécifiques en fonction de sites selon le type de cancer. Un groupe de guides de la pratique clinique (GPC) a cependant la possibilité de « soutirer » des informations sur les travaux déjà réalisés dans des initiatives GPC de la SCLC et de l'ACAPC et d'adapter les lignes directrices élaborées ailleurs pour les appliquer au Nouveau-Brunswick.

- **Bureau de direction du réseau de lutte contre le cancer**
  Ce groupe est constitué par le chef de file du RNBLC et le chef des opérations, ainsi que par les chefs de file des deux sous-réseaux régionaux et un cadre supérieur du ministère. Il a pour principal objectif d'agir au nom de l'équipe du réseau entre les réunions et constitue le véhicule de mise en œuvre de la coordination.

- **Conseil des directeurs généraux des régies régionales de la santé**
  Le chef de file du réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer devrait faire partie de ce groupe afin de recevoir les commentaires sur les plans et d'être tenu au courant des enjeux rencontrés au niveau régional et qui demandent des décisions.

- **Rôle du ministère de la Santé et du Mieux-être**
  Le ministère de la Santé et du Mieux-être devrait assumer la responsabilité du réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC) et devrait examiner et approuver les plans, stratégies, priorités, politiques, contrats de rendement et mesures du rendement.

- **Sous-réseaux**
  Deux sous-réseaux sont proposés : l'un desservirait les régions deux et trois, et l'autre les régions un, quatre, cinq, six et sept. Ils permettraient ainsi d'assurer la liaison avec les deux principaux centres de traitement spécialisé de lutte contre le cancer. Chacun de ces sous-réseaux comprendrait un comité consultatif de lutte contre le cancer qui cerne les besoins, élabore un plan pluriannuel, assure la coordination des soins, contrôle le rendement et joue le rôle de forum pour les patients, intervenants et organisations non gouvernementales (ONG). Leurs présidents siègent au Conseil consultatif provincial de lutte contre le cancer. Une équipe de gestion du sous-réseau composée d'un chef clinicien, d'une infirmière chef et d'un soutien administratif est responsable de la gestion quotidienne. Certaines régions peuvent mettre en place des équipes locales de soins de lutte contre le cancer au niveau de la gestion.

- **Niveaux de prestation de services**
  Dans un système structuré de niveaux de soins à l'échelle de la province, il est important de définir avec précision les rôles et responsabilités. Les lieux et niveaux de service doivent être déterminés par le volume et la complexité des cas et par la capacité à se conformer aux normes reconnues avec une masse critique d'expertise. Cette approche par niveaux devrait être employée pour tous les éléments de la lutte contre le cancer, mais il faudrait accorder la priorité à la chimiothérapie et à l'oncologie chirurgicale.

2.6 Liaisons

Beaucoup de choses ont déjà été énoncées à propos des liaisons à l'échelle de la province. À un moment donné, il faudrait fournir une définition de l'activité conjointe dans le cadre de la région de l'Atlantique et des liaisons solides devraient être rapidement établies avec la SCLC et l'ACAPC.

2.7 Contrats de rendement

L'élaboration de contrats de rendement, précisant clairement les résultats attendus et les mesures du rendement, constitue un processus important qui contribue à uniformiser et à renforcer le réseau de lutte contre le cancer du Nouveau-Brunswick. En fait, les contrats de rendement constituent un élément essentiel pour assurer l'efficacité d'un cadre d'imputabilité. Les principes qui devraient régir ces contrats ainsi que les composantes propres au cancer sont décrits dans ce rapport.

2.8 Priorités

On avait demandé aux chercheurs de donner leur point de vue sur les priorités de la lutte contre le cancer. Les principes, perspectives et priorités spécifiques sont présentés dans ce rapport. Il nous suffira de dire ici que la sécurité des soins constitue une préoccupation à aborder et que les priorités devraient coïncider avec celles du Comité consultatif des services de lutte contre le cancer, de la SCLC et de l'ACAPC. Il importera de procéder à une mise en œuvre immédiate du réseau et d'aborder non seulement la sécurité, mais également les ressources humaines, les lignes directrices de pratique clinique, les normes, les besoins en matière de surveillance, les soins primaires et communautaires, les niveaux de soins dans le cadre du système et les comportements à risque propres au cancer, tout cela au moyen d'une approche de prévention coordonnée.

2.9 Mesure du rendement de la lutte contre le cancer

Un modèle intégré est proposé pour la mesure du rendement de la lutte contre le cancer. Une matrice de mesure du rendement qui intègre les fonctions de lutte contre le cancer avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et du Conseil canadien d'agrément des services de santé dans un cadre d'imputabilité est décrit. Ce modèle est compatible avec les travaux du Comité de revue des indicateurs de rendement (CRIR) et le système d'indicateurs de performance globale décrit dans le rapport du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé. Y sont également décrits les objectifs, les types de mesures et les responsabilités quant à la détermination des indicateurs et des objectifs visés.

2.10 Budget pour le cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer

Un budget annualisé d'exploitation destiné à appuyer le cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer est avancé. Ce budget repose sur certaines hypothèses et sur les politiques de rémunération du ministère de la Santé et du Mieux-être. Le rapport propose un plan de mise en œuvre échelonné sur deux ans et réalisé sur trois exercices financiers, d'octobre 2003 à septembre 2005. Le budget total annualisé va de 2 513 044 $ à 2 570 544 $. L'exercice 2003-2004 sollicitera moins de 0,5 million de dollars. Pour l'exercice 2004-2005, le montant atteindrait environ 1,5 million de dollars, les coûts totaux étant réalisés lors de l'exercice 2005-2006. Du fait que cette nouvelle structure va permettre d'acquérir une certaine expérience, et en fonction des décisions stratégiques provinciales, il faudra procéder à une évaluation ultérieure des ressources nécessaires au fonctionnement efficace du réseau.

2.11 Mise en œuvre

La mise en œuvre a déjà été abordée au paragraphe consacré au budget. Encore ici, on propose une approche biennale s'étendant sur trois exercices financiers. Cette mise en œuvre vise en grande partie l'établissement de la structure du RNBLC. Il est recommandé que soit créé une équipe « transitoire » de mise en place relevant du Comité directeur de lutte contre le cancer et qu'un plan de travail détaillé soit élaboré par ce groupe. La première phase de la mise en œuvre est consacrée au recrutement du chef de file du RNBLC, suivi rapidement de celui des cadres de la direction du RNBLC, y compris le chef des opérations et les chefs de file des sous-réseaux. À titre d'organe de direction, ce groupe peut alors se charger du reste de la mise en œuvre sous les instructions du comité directeur jusqu'à la création de l'équipe du RNBLC. La deuxième phase comprend une amélioration de l'affectation du personnel de surveillance, ainsi que la définition du mandat pour l'équipe du RNBLC et les comités consultatifs des sous-réseaux. Elle comprend également la nomination du premier président du conseil consultatif provincial et la mise en place du premier groupe de fonctions de lutte contre le cancer, d'animateurs, de chefs de groupes et de coordonnateurs. Durant cette phase, on pourra définir les niveaux de prestation de services et les attentes de rendement à court terme. La phase trois amène l'établissement du deuxième groupe de fonctions de lutte contre le cancer, d'animateurs, de chefs de file et de groupes, la convocation de la première réunion du conseil consultatif provincial et le recrutement des derniers postes du personnel de secrétariat. Pendant la dernière partie de cette période, l'équipe du RNBLC pourra élaborer des plans pluriannuels, définir les priorités et les attentes de rendement des régions et aussi inviter ces dernières à établir leurs plans triennaux.

3.0 L'ÉTUDE – BUT ET MÉTHODE

À la demande du ministère de la Santé et du Mieux-être, une étude sur l'approche globale du Nouveau-Brunswick à propos de la lutte contre le cancer a été entreprise en se concentrant particulièrement sur le niveau provincial. Les lignes qui suivent décrivent le mandat de l'équipe d'étude, sa composition et la méthodologie employée.

3.1 Le mandat de l'équipe d'étude

a) Proposer une structure organisationnelle pour la planification, le financement et la surveillance des services de soins aux Néo-Brunswickois atteints du cancer et ayant pour objectif d'améliorer l'accès à ces services et d'assurer leur coordination au sein de toute la province, dans le cadre d'un réseau intégré de prestation de services pour le traitement du cancer.

Cette structure devra tenir compte des éléments suivants :

- Ressources et possibilités existantes (points forts, limites, lacunes) dans les régions sanitaires.
- Tendances et activités dans les autres juridictions.
- Recommandations du plan d'action relatif aux services de lutte contre le cancer.
- Alignement sur la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer.
- Prestation de services dans les deux langues officielles.

Le projet devra caractériser les liens entre les différents intervenants, mais aussi entre les prestataires de services et les niveaux de soins (comme notamment les soins actifs et les soins de longue durée, les soins à domicile, les hospices, les réseaux de bénévoles, les soins palliatifs et services de pastorale), et la Société canadienne du cancer – Division du Nouveau-Brunswick.

b) Proposer un plan de mise en œuvre qui :

- Définit les méthodes, les options, les principales composantes mises en jeu, les rôles, les relations, les liens et les points à étudier.
- Cerne les secteurs exigeant des politiques, normes, et lignes directrices.
- Définit les échéanciers et les coûts correspondants.
- Définit les critères de contrôle et d'évaluation.

3.2 La composition de l'équipe d'étude

Pour réaliser ces tâches, une équipe d'étude externe a été formée. Cette équipe comprenait trois scientifiques :

Dr Donald Carlow - Directeur de l'équipe. Consultant en soins de santé, président-directeur général de l'Association canadienne des agences provinciales de lutte contre le cancer (ACAPC), ancien président et président directeur général de l'Institut du cancer de l'Ontario/Hôpital Princesse Margaret et de la British Columbia Cancer Agency, et membre du Conseil de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer.

Dr Susan O'Reilly - Directrice du programme provincial de thérapie générale de la Colombie-Britannique, directrice des études d'oncologie médicale à l'école de médecine de la UBC (University of British Columbia) et présidente du comité consultatif des politiques de thérapie générale de l'ACAPC.

Dr Denis Roy - Directeur du Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec, membre du conseil de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer et membre du conseil d'administration de l'ACAPC; Dr Roy possède par ailleurs des qualifications dans le domaine de la santé de la population et en épidémiologie.

3.3 Le processus de révision

Le processus d'investigation comprenait quatre jours sur le terrain pour visiter la plupart des régions, ainsi que des réunions avec une grande diversité d'intervenants. Le calendrier des réunions, leur emplacement et les noms des participants sont présentés en annexe I. En vue de l'étude, plusieurs questions ont été posées aux intervenants de façon à stimuler les débats et aider les chercheurs à mieux comprendre les divers aspects de la lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick. Ces questions figurent à l'annexe II. Les chercheurs ont également demandé et reçu un certain nombre d'observations écrites dont les titres et les auteurs sont répertoriés à l'annexe III.

Les différentes étapes de l'étude elle-même se sont déroulées comme suit :

1. **Analyse de l'environnement interne et externe**

   - *Le système actuel de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick*
     Grâce à des réunions avec les intervenants, à un examen des observations écrites et à l'analyse de divers autres documents sur la lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick, l'équipe a pu se familiariser, relativement à la lutte contre le cancer dans la province, avec les points forts, les faiblesses, les diverses possibilités et les menaces.
   - *Le contexte des soins de santé au Nouveau-Brunswick*
     L'équipe d'étude a entrepris de comprendre précisément les directions actuelles et futures que prennent les soins de santé au Nouveau-Brunswick, de façon à s'assurer que le cadre proposé s'adapterait bien au sein du système global. Cette perspective a été acquise par des entrevues avec le personnel du ministère de la Santé et du Mieux-être, avec le personnel des régions, et en analysant divers documents.
   - *Le contexte canadien*
     Les chercheurs de l'équipe d'étude ont apporté leur vaste connaissance de l'état actuel et de certains plans futurs de la lutte contre le cancer au Canada et dans les diverses provinces. Cette connaissance englobait les priorités de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer et les évolutions observées dans diverses provinces vers une meilleure lutte contre cette maladie. L'évaluation des différents « modèles » provinciaux avec leurs points forts et leurs faiblesses a permis de cerner les « meilleures pratiques » qui enrichiront le cadre proposé.
   - *Le contexte international*
     Les chercheurs de l'équipe d'étude ont apporté leur connaissance de l'état et des succès des développements et de la mise en œuvre de plans de lutte contre le cancer dans d'autres pays. Même si les systèmes de soins de santé diffèrent dans les autres pays, des systèmes à compétence multiple de lutte contre le cancer (dans le cadre de stratégies nationales) ont été établis et les leçons qui en ont été tirées pourraient se révéler utiles dans le contexte du Nouveau-Brunswick.

2. **Détermination et analyse des enjeux**
   Par le truchement du processus précité, les enjeux ont été cernés et analysés, ouvrant ainsi la voie pour l'élaboration des options et des priorités du cadre de la lutte contre le cancer.

3. **Options diverses d'un cadre de lutte contre le cancer**
   Les options d'un tel cadre ont été établies par l'équipe en réponse à ce qui précède. Cela inclut l'analyse des avantages et inconvénients de chacune des options et la détermination des priorités qui guideront le processus décisionnel et le plan de mise en œuvre.

4. **Option privilégiée**
   Une description détaillée de l'option privilégiée est fournie en même temps que sa justification complète; sont également présentés tous les éclaircissements nécessaires d'un système coordonné et intégré qui correspond au mandat de l'équipe.

5. **Plan de mise en œuvre et plan budgétaire**
   Un plan de mise en œuvre et un plan budgétaire pluriannuels et par étapes ont été proposés conformément au mandat.

Au terme des enquêtes sur le terrain, l'équipe a fourni une vue d'ensemble de ses conclusions à certains membres

du personnel du ministère de la Santé et du Mieux-être. En juillet, le directeur de l'équipe d'étude a mis la sous-ministre et d'autres hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et du Mieux-être au courant des principaux problèmes, enjeux et recommandations. À partir d'un avant-projet de rapport, l'équipe d'étude a tenu une téléconférence à la fin août 2003 puis a dégagé ses conclusions finales. Avant sa finalisation, une avant-dernière version du rapport a été soumise au ministère de la Santé et du Mieux-être pour commentaires additionnels et identification d'éventuelles erreurs factuelles. Le rapport final a été présenté en décembre 2003.

4.0 LA RÉALITÉ DU CANCER - LE FARDEAU DE LA MALADIE

4.1 L'ensemble du Canada

Au Canada, le cancer constitue la cause principale de décès prématurés, avec plus de 30 % des années potentielles de vie perdues jusqu'à l'âge de 70 ans à cause du cancer. Bien qu'il constitue actuellement la deuxième cause principale des décès, le cancer arrivera au premier rang au cours de la prochaine décennie. L'on prévoit qu'en dépit d'une stabilisation ou d'une diminution des taux d'incidence, le fardeau total de la maladie va au minimum doubler lors des vingt prochaines années.

Même si les taux d'incidence normalisés selon l'âge sont constants ou en diminution, le nombre de cas est en augmentation en raison de la croissance démographique, du vieillissement de la population et d'un dépistage plus précoce. Les cancers du sein, du poumon et de la prostate sont à la base de la forte augmentation de nouveaux cas. Chez les hommes, l'incidence globale a atteint un sommet en 1993, alors qu'elle continue à augmenter chez les femmes. Par exemple, l'incidence du cancer du poumon chez les femmes est à l'heure actuelle quatre fois plus élevée qu'elle l'était au début des années 1970. Suite à la mise en place de programmes de dépistage du cancer du sein, on a constaté une augmentation des cas chez les femmes, dans le groupe d'âge de 50 à 69 ans. L'introduction non contrôlée au Canada du test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) ainsi que le vieillissement expliquent l'accroissement de l'incidence du cancer de la prostate.

Pour mieux comprendre le fardeau croissant auquel on peut s'attendre, un aperçu du passé s'impose. Entre 1987 et 1997, le nombre de nouveaux cas s'est accru de 39 % chez les hommes et de 32 % pour les femmes. Pendant la même période, le nombre de décès chez les hommes a augmenté de 22 %, et de 29 % chez les femmes. Mais si l'on tient compte de la prévalence, le défi pour l'avenir est encore plus grand. De meilleurs traitements ont amené une augmentation du nombre de personnes survivant au cancer. On estime que la prévalence des personnes soumises à des traitements actifs augmente annuellement de 8 à 10 %, produisant un impact important sur les systèmes actuels de traitement d'intervention et sur les besoins croissants des patients atteints de cancer en matière de soutien, de contrôle de la douleur et des symptômes et de soins palliatifs. Il est intéressant de noter qu'au niveau des soins palliatifs, par exemple, bien que des progrès soient accomplis, la capacité des installations actuelles ne permet de traiter que 20 à 25 % des personnes nécessitant l'accès aux services de soins palliatifs, 5 % des patients seulement ayant accès à l'expertise professionnelle dont ils ont besoin.

La province du Manitoba a récemment établi des prévisions à propos du fardeau croissant du cancer entre 1999 et 2025. Il est prévu que d'ici 2025, les cas d'incidence augmenteront de 45 à 54 % et la prévalence de 75 à 84 %. La conclusion de ces prévisions est qu'il existe un besoin urgent d'une stratégie.

Il convient également de noter que dans de nombreux cas, le cancer est une maladie qui peut être évitée. On estime que l'arrêt de l'usage du tabac permettrait de réduire de 30 % l'incidence des cancers dus au tabac et que la combinaison d'un meilleur régime alimentaire et d'une activité physique accrue amènerait une diminution supplémentaire de 30 % de certains types de cancer. Et notons enfin que la majorité des dollars dépensés le sont pour les traitements.

Bien que certains progrès aient été accomplis au Canada, ils n'ont pas été uniformes en raison des modes de vie différents et du manque d'uniformisation dans les approches de pratique et approches fragmentées de la lutte contre le cancer dans certaines provinces canadiennes. Par exemple, on note des différences dans les taux d'incidence et de

mortalité à travers le Canada. Ces taux sont plus élevés dans les provinces de l'Atlantique par rapport à la moyenne nationale et aussi par rapport à plusieurs provinces situées plus à l'ouest comme l'Alberta, la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et l'Ontario. En bref, il faudrait mettre en place des systèmes organisés de lutte contre le cancer, à caractère général, afin d'assurer une application rationnelle de stratégies fondées sur des données probantes, insistant davantage sur la recherche des causes et les initiatives de prévention. On estime que le fardeau du cancer en termes de mortalité pourrait être réduit d'au moins 10 % si une telle stratégie était mise en œuvre.

Mais d'autres problèmes se posent. Il existe des disparités significatives entre riches et pauvres en ce qui concerne l'accès et les résultats. On remarque des différences notables qui sont dues à la seule géographie – la prétendue « loterie des codes postaux ». Nombre d'exemples de distribution inéquitable des ressources et de pénuries importantes des ressources humaines en santé existent dans le domaine de la lutte contre le cancer. Ces derniers facteurs se traduisent par des problèmes considérables d'accès et constituent, s'ils ne sont pas maîtrisés, une grave menace à l'intégrité du système actuel, et à plus forte raison un grave danger de la future mise en œuvre des améliorations au système.

Ce qui précède explique pourquoi la plupart des provinces canadiennes vont de l'avant dans l'élaboration et la mise en place de meilleurs systèmes de lutte contre le cancer. C'est aussi pourquoi, par une approche coopérative entre les principaux partenaires, le Canada a établi une stratégie globale de lutte contre cette maladie. C'est également la raison pour laquelle d'autres pays ayant pris du retard, élaborent des stratégies et des systèmes organisés pour une mise en place fructueuse.

4.2 Le Nouveau-Brunswick

Alors qu'il existe un besoin d'améliorations dans la lutte contre le cancer dans l'ensemble du Canada, ce besoin est encore plus évident pour le Nouveau-Brunswick. Cette province a le deuxième taux le plus élevé d'incidence du cancer au Canada; elle enregistre en général un plus grand nombre de nouveaux cas et une mortalité plus élevée que dans le reste du Canada. Cet écart est encore plus prononcé par rapport aux provinces situées plus à l'ouest. Les taux de survie pour les cancers du poumon et colorectal sont inférieurs de 10 % à la moyenne nationale et encore moins élevés si on les compare aux taux des provinces de l'Ouest.

Une analyse de l'incidence normalisée selon l'âge révèle un taux annuel de 534 nouveaux cas sur 100 000 de cancer chez les hommes au Nouveau-Brunswick, taux le plus élevé du Canada et près de 20 % supérieur à la moyenne nationale. Les taux d'incidence de cancer chez les femmes (368 nouveaux cas sur 100 000 par année) sont également plus élevés de 10 % au Nouveau-Brunswick, qui se classe au deuxième rang de toutes les provinces, immédiatement après la Nouvelle-Écosse. On peut faire des constatations similaires au niveau des cancers les plus courants chez les hommes, notamment ceux de la prostate, du poumon, colorectal et de la vessie, ainsi que pour le cancer colorectal chez les femmes. Comme on pouvait s'y attendre, les taux de mortalité révèlent les mêmes tendances générales, bien que les écarts aient tendance à être moins prononcés chez les femmes. En outre, le Nouveau-Brunswick connaît un plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) imputables au cancer du poumon. Par contre, les APVP sont moins élevées que pour le reste du Canada en termes de cancers de la prostate, du sein et colorectal, ce qui est vraisemblablement attribuable à un âge plus tardif de l'apparition de la maladie parmi les individus atteints. Néanmoins, les cancers de tous types représentent la première cause de mortalité prématurée et le fardeau du cancer dépasse de loin celui de toute autre maladie, y compris les maladies cardiovasculaires.

Les comportements à risque propres au cancer ont également tendance à être plus fréquents au Nouveau-Brunswick. Même si les taux de tabagisme sont comparables à ceux du reste du Canada, le tabagisme passif y est beaucoup plus important. En outre, les données sur les habitudes alimentaires, l'activité physique de loisir et la fréquence des excès de boisson laissent à penser que le risque de cancer est plus élevé au Nouveau-Brunswick que dans la plupart des autres provinces canadiennes. Qui plus est, les autorités en matière de la santé aux niveaux provincial et régional expriment constamment leurs préoccupations au sujet des tendances actuelles de comportement lié à la santé parmi les jeunes. À l'appui de ces observations, il est vraisemblable que le fardeau du cancer au Nouveau-Brunswick va continuer d'être considérable.

Le Nouveau-Brunswick a fait des prévisions au niveau de ses futurs cas de cancer et de mortalité due à cette maladie. Entre 1996 et 2008, le Nouveau-Brunswick prévoit une augmentation de 37 % des nouveaux cas de cancer (3 % par an). Durant cette même période, on prévoit que le nombre de décès dus au cancer augmentera de 29 %.

Et malgré toutes ces réalités, il n'existe au Nouveau-Brunswick aucun système provincial coordonné et organisé pour la lutte contre le cancer. Chacune des régions de la province agit de façon indépendante et, bien qu'il y ait eu certaines initiatives valables, l'absence d'approche provinciale a engendré un nombre considérable de problèmes et de défis qui sont exposés dans le présent rapport.

Ceci dit, certains développements sont encourageants. Un plan d'action des services de lutte contre le cancer présenté en 1998 favorise des améliorations importantes et cerne plusieurs domaines prioritaires d'intervention. Il est également encourageant de noter que dans un discours à la Chambre en avril 2003, le ministre s'est engagé à élaborer et mettre en œuvre une stratégie de lutte contre le cancer.

La déclaration incluait également un engagement d'améliorer l'accès, d'accroître la sécurité, d'évaluer le rendement, d'améliorer les soins de santé primaires et communautaires et la création d'une nouvelle unité de travailleurs de la santé, y compris une stratégie de recrutement et de maintien en poste des pharmaciens et des radiothérapeutes. Le discours contenait également la promesse de processus décisionnels fondés sur les résultats dans les domaines clinique, de gestion et d'établissement des politiques. Il comprenait aussi un engagement à améliorer la responsabilisation et la santé de la population.

C'est là une déclaration très énergique qui aborde un grand nombre d'enjeux dans la lutte contre le cancer et qui est en très bon accord avec l'élaboration d'un cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick.

Outre la question du fardeau du cancer auquel sont confrontés les citoyens du Nouveau-Brunswick, ceux-ci doivent également faire face à tous les problèmes que connaît le Canada dans son ensemble, mais à un ordre de grandeur plus élevé.

5.0 PROGRÈS DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER AU CANADA ET DANS LE MONDE

Il faut bien comprendre que les progrès dans la lutte contre le cancer au Canada et dans le monde entrent dans le cadre de la solution proposée pour le Nouveau-Brunswick. L'absence d'une structure provinciale au Nouveau-Brunswick pourrait être considérée comme « une mauvaise nouvelle » mais, par contre, on pourrait y voir une occasion à saisir. Étant donné que de nombreux pays ont élaboré des stratégies de lutte contre le cancer et des méthodes pour leur mise en œuvre, il existe une possibilité de profiter des « leçons qui en ont été tirées » et de proposer ce qui pourrait constituer un modèle de « bonnes pratiques ». Ce modèle devrait bien sûr s'adapter dans le cadre général du contexte des soins de santé du Nouveau-Brunswick; nous reviendrons sur ce point dans le présent rapport.

5.1 Agences et programmes provinciaux de lutte contre le cancer

Le Canada reste un chef de file dans l'élaboration de systèmes organisés de lutte contre le cancer au niveau provincial. Huit des dix provinces canadiennes disposent d'agences provinciales de lutte anticancéreuse ou d'autres programmes comparables dont le mandat général est d'assurer la direction d'un système global et intégré de lutte contre le cancer, axé sur la population. Les systèmes de ce type ont habituellement des objectifs tels que :

- réduire l'incidence du cancer;
- réduire la mortalité par cancer;
- améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec un cancer.

Malgré certaines différences dans la structure, les processus et la progression vers leur développement complet, ces systèmes connaissent en général une orientation commune.

5.1.1 Classification

Les agences et programmes provinciaux de lutte contre le cancer existant au Canada pourraient être de façon générale classés comme suit :

- Agences provinciales de lutte contre le cancer
  - Colombie-Britannique
  - Alberta
  - Saskatchewan
  - Manitoba
  - Ontario
  - Terre-Neuve
- Programme provincial – Sous l'autorité du ministère de la santé
  - Québec
  - Nouvelle-Écosse
- Aucune structure provinciale
  - Nouveau-Brunswick
  - Île-du-Prince-Édouard

5.1.2 Étendue des services

Les agences et programmes provinciaux de lutte contre le cancer ont élaboré leur approche de lutte qui s'appuie sur la notion de la recherche, des politiques à la pratique; cette approche est illustrée dans le modèle présenté à la figure 1 et élaboré par l'INCC dans les années 1990.

De façon générale, ce modèle s'applique à un éventail d'activités de lutte contre le cancer dont la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, les soins de soutien et les soins palliatifs. La recherche à grande échelle et les vastes programmes de surveillance du cancer permettent d'élaborer des politiques et des programmes, et de procéder à des évaluations dans ces domaines. Le déploiement intervient d'ordinaire par le biais d'un système à niveaux multiples mettant en jeu des grands centres de lutte contre le cancer, des programmes communautaires de lutte contre le cancer ainsi que des unités de chimiothérapie et de soins primaires. Des efforts sont déployés pour mieux intégrer l'oncologie chirurgicale qui n'a que très peu été prise en compte dans le système officiel de traitement du cancer, comme cela a été le cas avec la radiothérapie et la thérapie systémique.

Certaines agences ont accompli des progrès considérables en matière d'établissement de programmes provinciaux dans des domaines tels que la radiothérapie et la thérapie systémique. Plusieurs d'entre eux possèdent de longue date des structures provinciales pour le dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin. Ces programmes provinciaux sont caractérisés par des normes et processus communs, un budget propre et un leadership provincial unifié. On a également constaté de bons exemples d'élaboration de réseaux provinciaux dans des domaines tels que les soins palliatifs et l'oncologie chirurgicale, pour lesquels la majeure partie des prestations de services ne relèvent pas du système officiel de lutte contre le cancer. Les réseaux provinciaux de pathologie cancéreuse ne sont pris que depuis peu en considération. D'excellents exemples de réseaux communautaires de lutte contre le cancer caractérisent les provinces comme la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Manitoba. Des progrès notables dans les lignes directrices fondées sur l'expérience clinique pour la pratique de l'oncologie ont été réalisés en Colombie-Britannique et en Ontario, où leur application rationnelle a eu, pense-t-on, un effet bénéfique sur la mortalité attribuable au cancer. À part quelques exceptions, la plupart des agences provinciales de lutte contre le cancer sont également responsables d'un registre provincial du cancer.

5.1.3 Gouvernance

Malgré certaines différences dans la mise en application, les agences provinciales de lutte contre le cancer sont habituellement administrées par un conseil d'administration nommé par la province et les régions et dont les responsabilités sont définies par une loi sur le cancer ou une autre loi habilitante. Les exceptions seraient le Québec, la Nouvelle-Écosse et bien sûr l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick. Chaque agence ou programme provincial de lutte contre le cancer est dirigé par un président-directeur général ou l'équivalent qui relève directement du conseil (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Terre-Neuve) ou directement d'un haut fonctionnaire du ministère de la santé (Québec, Nouvelle-Écosse). Les agences ayant un conseil d'administration ont établi des liens avec les régies régionales de la santé dont, dans nombre de cas, les administrateurs régionaux siègent conjointement au Conseil d'administration de l'agence du cancer. Dans la plupart des modèles, le directeur général travaille en étroite collaboration avec les autres directeurs généraux régionaux. Dans le cas de la Saskatchewan et du Manitoba, chaque conseil d'administration est considéré comme un secteur indépendant à l'échelle provinciale, alors qu'en Colombie-Britannique l'agence de lutte contre le cancer est une division de l'administration provinciale des services de santé qui gère les autres programmes provinciaux tels que la santé mentale, la santé des femmes et des enfants et la transplantation. L'Ontario maintient un système double, à savoir l'Institut du cancer de l'Ontario et hôpital Princesse Margaret, qui est administré par le réseau médical universitaire et Action Cancer Ontario (ACO) administrée par un conseil d'administration de structure provinciale. Le gouvernement de l'Ontario a récemment délégué la responsabilité du fonctionnement du centre anticancéreux régional à l'hôpital hôte, bien que l'appui financier pour son exploitation provienne toujours de l'ACO.

Certaines provinces commencent à établir des conseils consultatifs provinciaux du cancer. Ces structures font intervenir plusieurs partenaires qui, par leur regroupement, vont contribuer de façon unifiée à la stratégie provinciale de lutte contre le cancer et auront la possibilité de surveiller les progrès accomplis. Ils

pourront, dans certains cas, servir de mécanisme pour la coordination de la réponse provinciale aux priorités de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer

5.1.4 Responsabilités budgétaires

Les agences provinciales officielles de lutte contre le cancer ont des budgets globaux distincts pour les composantes du programme dont elles assument la responsabilité et la gestion. Ces budgets englobent tous les programmes et services provinciaux assurés par les centres de lutte contre le cancer, les centres de dépistage et les programmes communautaires de lutte contre le cancer, à l'exception bien entendu des services qui sont fournis généralement par l'entremise des régies régionales de la santé tels que l'oncologie chirurgicale, les soins palliatifs, la pathologie cancéreuse, etc. Dans certains cas, les agences de lutte contre le cancer possèdent des budgets réduits leur permettant d'assumer un rôle de direction dans ces domaines. Les provinces ne possédant pas d'agence officielle ont des plus petits budgets destinés au fonctionnement d'une structure provinciale de coordination dont les fonds pour la prestation de services de traitement du cancer proviennent directement d'un ministère de la santé et sont versés à une régie régionale de la santé. Dans ce modèle, les « unités de lutte contre le cancer » sont gérées par la régie régionale de la santé, mais ceci en supposant que la régie fasse en sorte de respecter les exigences définies par le ministère de la Santé et fondées sur les conseils de la structure provinciale de coordination.

5.1.5 Enjeux et questions qui se posent aux agences et programmes de lutte contre le cancer

Comme on l'a déjà mentionné, des progrès notables sont réalisés dans l'élaboration de systèmes de traitement du cancer à travers tout le Canada. Demeurent néanmoins des questions qui posent des problèmes comme notamment :

- s'intégrer de façon effective avec les autres éléments du système de santé, y compris l'oncologie chirurgicale, les diagnostics, les soins palliatifs et les soins primaires;
- jouer un rôle plus important dans la prévention du cancer;
- intégrer diverses bases de données permettant ainsi d'améliorer la surveillance, le contrôle et l'évaluation des résultats;
- répondre aux pénuries de ressources humaines;
- établir l'uniformisation des normes;
- faire face aux importantes pressions financières dues au fardeau croissant de la maladie et aux nouveaux développements thérapeutiques dans la lutte contre le cancer.

L'intégration effective au sein du système de santé en vue de faciliter une application uniforme des normes de pratique de la lutte contre le cancer demeure le plus grand défi. À la fin des années 1930 et au début des années 1940, suite aux recommandations de la commission Cody, certaines agences de lutte contre le cancer ont été créés dans plusieurs régions du Canada pour garantir la sécurité et l'efficacité de la radiothérapie. Ce système est en grande partie resté en place et a été mis en oeuvre dans d'autres provinces. On est en droit de se demander, à la lumière des enjeux complexes qui se posent aujourd'hui, y compris le développement de la régionalisation, si ce modèle d'agence de lutte contre le cancer constitue la meilleure orientation pour les provinces qui n'ont pas encore mis en place un système officiel de lutte contre le cancer. Le Nouveau-Brunswick en est un exemple. La réponse à cette question figurera dans le chapitre intitulé « La solution ».

5.2 L'Association canadienne des agences provinciales de lutte du cancer (ACAPC)

La présente étude ne serait pas complète si elle ne faisait référence à l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC), une organisation interprovinciale intégrant tous les organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer à travers le Canada. Elle vise à réduire le fardeau que représente le cancer par divers moyens : leadership, collaboration, communication et promotion efficaces. Elle s'efforce d'encourager les meilleures pratiques de lutte des provinces et leur application uniforme dans l'ensemble du pays. Créé à la fin des

années 1990 en vertu de la *Loi sur les corporations canadiennes*, elle est administrée par un conseil de 16 membres issus de toutes les provinces et d'autres partenaires nationaux. Elle est régie par six priorités : ressources humaines, normes et lignes directrices, information et surveillance, communications et éducation, évaluation des technologies et recherche. Il est à remarquer que :

- L'ACAPC assure conjointement avec Santé Canada la présidence de la Coalition canadienne pour la surveillance du cancer.
- L'ACAPC était membre de la Research Strategic Alliance (devenue le Groupe d'action sur la recherche de la SCLC), avec l'Institut national du cancer du Canada (INCC) et l'Institut de recherche sur le cancer (IRSC), par laquelle ont été établies six priorités de recherche pour le Canada.
- L'ACAPC est l'un des trois membres fondateur de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC) et siège au conseil d'administration.
- Outre les initiatives menées en radiothérapie, thérapie systémique, oncologie chirurgicale, cancer héréditaire, soins de lutte contre le cancer dans les communautés, soins infirmiers en oncologie, aspects psycho-sociaux en oncologie, pathologie et détermination du stade du cancer, et participation au réseau canadien d'éducation des patients atteints du cancer (C CPEN), l'ACAPC fait équipe avec la SCLC au niveau de l'élaboration des normes et guides de pratiques cliniques, et au niveau des ressources humaines (l'ACAPC dirige le développement de la base de données sur les ressources humaines). Elle participe en outre activement aux initiatives de soins de soutien et soins palliatifs de la SCLC.

Par la participation de ses deux grands centres de lutte contre le cancer, le Nouveau Brunswick a collaboré de façon active aux activités de l'ACAPC. Il sera toutefois important pour le Nouveau-Brunswick de se positionner en s'associant plus efficacement à ces initiatives, à tous les niveaux, et de mettre également en place un mécanisme à l'échelle de la province qui lui permettra de mettre activement en œuvre les résultats des ces activités correspondant à ses propres priorités.

5.3 La stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC)

À l'instar des autres pays de l'OCDE, le Canada a créé une stratégie de lutte contre le cancer en vue de faire face au fardeau actuel et futur de cette maladie. Élaborée à la fin des années 1990, cette stratégie est une initiative conjointe de Santé Canada, de l'ACAPC et de la Société canadienne du cancer et de l'Institut national du cancer du Canada (SCC/INCC). Grâce à un vaste processus de consultation et de conférences avec les parties intéressées, les six priorités qui suivent ont été établies :

- Normes
- Guides de la pratique clinique
- Rééquilibrage des interventions (soins de soutien, oncologie psychosociale, soins palliatifs)
- Ressources humaines
- Prévention
- Recherche

Les activités dans ces domaines prioritaires sont dirigées par un conseil de 27 membres qui englobe tous les organismes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer, l'ACAPC, la SCC et l'INCC, Santé Canada, l'IRSC, le Conseil d'hématologie/oncologie pédiatriques, le CCAN, et les présidents des groupes d'action qui ont été mis sur pied en vue d'analyser les priorités et d'élaborer des plans de mise en œuvre. Le conseil et les présidents des groupes d'action sont à présent bien engagés dans l'élaboration d'un plan d'activités pluriannuel qui constituera la base d'acquisition des ressources permettant au projet d'aller de l'avant.

Le conseil est appuyé par un secrétariat imbriqué dans Santé Canada et opère actuellement avec un budget modeste,

insuffisant pour permettre la réalisation de changements significatifs – ce qui montre bien la nécessité du plan d'activités.

Le conseil cherche aussi activement à établir des rapports renforcés avec les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux et le conseil des sous-ministres afin d'arriver à une base de soutien à grande échelle et susciter l'appui des principaux responsables des politiques aux niveaux fédéral, provincial et territorial.

Les priorités et activités des groupes d'action sont de créer un cadre pancanadien en vue de sa mise en place cohérente dans les provinces, tout en tenant compte des priorités provinciales. À cet égard, les provinces sont encouragées à établir des mécanismes – en plus des agences et programmes provinciaux de lutte contre le cancer – par l'entremise desquels il sera possible d'assurer la coordination de la mise en œuvre. Un exemple pourrait en être la création de conseils consultatifs provinciaux de la lutte contre le cancer au sein de chaque province, lesquels pourraient servir d'outil de coordination des activités de tous les intervenants et lesquels aideraient à établir les priorités provinciales, à assurer la supervision de la mise en œuvre et à contrôler les progrès accomplis.

Là encore, il sera important pour le Nouveau-Brunswick de prendre véritablement position en . borant un mécanisme provincial de lutte contre le cancer afin de s'associer plus efficacement à la stratégie et aux groupes d'action, et de coordonner une mise en œuvre dans la province qui soit en accord avec ses propres priorités de lutte contre cette maladie. Ce que l'on peut retenir de l'expérience de la SCLC est l'importance d'un engagement ferme et à haut niveau du gouvernement et d'un niveau de financement adéquat: aucun des deux n'a encore été obtenu.

5.4 Stratégies de lutte contre le cancer dans les 11 pays de l'OCDE

En 1999, Bennett et ses collaborateurs de l'Université d'Ottawa présentaient un rapport sur les stratégies de lutte contre le cancer dans les 11 pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le rapport repose sur les documents d'autoévaluation publiés par les autorités fédérales. Bien que ce rapport ne traite que des programmes relevant d'une compétence nationale, certaines des leçons utiles qu'on peut en tirer sont appropriées à une mise en place provinciale ou régionale. Parmi les pays étudiés, huit ont déterminé ou sont en cours de détermination de stratégies nationales, et trois ne l'ont pas fait. Quelles leçons peut-on tirer des expériences de ces pays et qui soient un facteur de réussite?

Les stratégies de lutte contre le cancer ne sont fructueuses que si :

- Elles font l'objet d'efforts coordonnés.
- Elles relèvent de l'autorité de hauts fonctionnaires du gouvernement ou du ministère de la santé.
- Il existe un organisme consultatif national à grande échelle, inclusif et multilatéral.
- Il existe des comités directeurs ou des équipes de projets clairement définis, chargés de la mise en œuvre.
- L'élaboration, la mise en œuvre et l'examen de la stratégie sont accomplies en respectant des étapes spécifiques telles que :
    - Définir qui est responsable.
    - Disposer de collecte et d'analyse de données fiables et méthodiques.
    - Établir « l'horizon » ou la vision ainsi que les objectifs.
    - Établir les priorités de la lutte contre le cancer.
    - Cerner les cancers cibles.
    - Fixer des indicateurs de référence et des objectifs en matière de réduction de la mortalité et de l'incidence du cancer.
    - Définir les stratégies de lutte contre le cancer permettant d'atteindre les diminutions projetées.
    - Contrôler et affiner chaque initiative à des limites définies.

Il y a également des leçons à retenir des expériences rencontrées dans les initiatives de lutte contre le cancer dans des domaines spécifiques :

- **Prévention**
  Poursuite d'initiatives spécifiques anti-tabac, nutritionnelles et de modes de vie en partenariat avec des chercheurs (recherches fondées sur les résultats), les organisations non gouvernementales (ONG) et les autorités fédérales et provinciales.

- **Dépistage**
  Importance d'un niveau élevé d'acquiescement des populations cibles soutenues et engagées dans des programmes d'éducation et mise en œuvre de stratégies efficaces pour les personnes défavorisées.

- **Diagnostic**
  Détermination du stade et évaluation uniforme des prélèvements.

- **Soins palliatifs**
  Développement des services de soins palliatifs en vue de satisfaire les besoins et assurer la disponibilité d'un personnel clé spécialement formé.

- **Recherche**
  Infrastructure pour une approche pluridisciplinaire et à institutions multiples de la recherche clinique et importance d'une recherche en collaboration axée sur les cancers les plus communs.

- **Éducation**
  Bonne sensibilisation du public, des patients et des professionnels – cadrant avec la stratégie.

- **Surveillance**
  Surveillance intégrée à grande échelle, conformité des données, interprétation des données et normalisation des indicateurs de rendement.

- **Promotion des droits**
  Participation aux conseils et conseils d'administration.

- **Traitement**
  Traitement coordonné et fondé sur les résultats à l'aide d'un système intégré ou maillé de dispensateurs de soins avec accès à ceux-ci en temps opportun.

Parallèlement aux documents rassemblés sur l'expérience de pays particuliers, il sera tenu compte des leçons ainsi retenues pour l'élaboration de la solution du Nouveau-Brunswick.

5.5 Lutte contre le cancer dans les pays choisis - leçons à retenir

De nombreux pays ont mis au point des plans de lutte contre le cancer. Certains ont reçu un appui financier modeste et d'autres pas. La plupart font face à des difficultés pour réellement mettre ces plans en œuvre, mais malgré cela, il y a certaines leçons à tirer, lesquelles s'ajoutent aux expériences des 11 pays de l'OCDE.

5.5.1 Nouvelle-Zélande

Au cours des années 2001-2002, grâce à un partenariat entre le New Zealand Cancer Control Trust (NCO) et le ministère de la santé de ce pays, un groupe directeur de lutte contre le cancer a été chargé d'élaborer une stratégie de lutte contre le cancer. Le comité directeur comprend un certain nombre d'experts et relève du ministère de la santé. Il est assisté par un secrétariat qui assure les fonctions administratives, apporte un appui aux cinq groupes d'experts et met en œuvre les décisions du comité directeur. Les priorités comprennent l'amélioration de la prévention, le dépistage, l'accès aux meilleurs traitements et l'accès aux soins palliatifs. Un engagement à grande échelle est assuré de la part de divers intervenants, du fait que le cancer fait appel à un grand nombre d'organisations. La mise en œuvre efficace constitue encore un problème.

5.5.2 Australie

En 1997, l'Australie a créé la National Cancer Control Initiative (NCCI) en vue de conseiller le gouvernement en matière de lutte contre le cancer. Par une série de stratégies concertées de lutte contre le cancer, appuyées par le gouvernement (comprenant des gestionnaires de santé tant fédéraux que des États), la NCCI a établi un ensemble de priorités basées sur un consensus et qui comprend 13 actions à mettre en pratique dans des domaines tels que la prévention primaire, le dépistage, la détection précoce et le traitement .Grâce à un effort de collaboration, la NCCI s'est également engagée dans l'optimisation des soins aux personnes atteintes de cancer en Australie, en améliorant les processus et en mettant l'accent sur quelques priorités essentielles. La NCCI s'implique également en ouvrant la voie à de nouvelles approches de la lutte contre le cancer, convertissant les résultats des nouvelles recherches en projets expérimentaux ou en projets pilotes pouvant conduire à des programmes de services. Des problèmes demeurent cependant dans la mesure où, même s'il y a des conseils de santé régionaux, il n'existe pas de système très développé au niveau de la mise en œuvre.

5.5.3 Pays européens

Comme en rend compte l'UICC (Union internationale contre le cancer), plusieurs pays tels le Danemark, l'Italie, l'Allemagne, la France et Israël ont mis sur pied des plans nationaux de lutte contre le cancer. Le Danemark est doté d'un organisme responsable nommé par le ministère de la santé avec des groupes directeurs régionaux chargés de la mise en œuvre. L'Italie a également mis sur pied un organisme responsable, mais la façon dont est conduite la mise en œuvre n'est pas claire. La France possède un plan au titre d'un mandat du ministère de la santé et qui est coordonné par la Ligue française de lutte contre le cancer (ONG). La France dispose également de la Fédération française des centres de lutte contre le cancer qui assure la coordination de stratégies spécifiques entre vingt centres de lutte contre le cancer qui en sont membres. Les initiatives comprennent la mise en application de guides de pratique clinique et la détermination du stade de la maladie. Le ministère israélien de la santé a créé une commission sur la lutte contre le cancer et, alors que l'Allemagne possède un plan de lutte contre le cancer, il n'y existe aucune aide financière du gouvernement, la coordination étant alors assurée par cinq organisations non gouvernementales. L'Organisation des instituts européens de lutte contre le cancer (OECI) – structure de collaboration entre les grands centres européens, sert également de véhicule aux efforts coopératifs de mise en application d'initiatives choisies.

5.5.4 Angleterre et pays de Galles

On compte en Angleterre et au pays de Galles quelques réalisations très intéressantes et pertinentes. À la suite des résultats décevants enregistrés dans ces deux pays dans la lutte contre le cancer, un groupe consultatif d'experts a été mis en place en 1993 et a publié en 1995 le rapport Calmine-Hine, un cadre stratégique pour la mise en opération des services de lutte contre le cancer. Ce rapport a mis en lumière la nécessité d'établir des réseaux de lutte contre le cancer, allant des soins primaires jusqu'aux unités de soins pour cancéreux dans les hôpitaux par l'entremise de centres de lutte contre le cancer plus globaux. En l'an 2000, une équipe d'action de lutte contre le cancer conduite par le directeur national de la lutte contre le cancer et relevant du secrétaire d'État à la santé, a élaboré un plan global détaillé (nommé National Health Service Cancer Plan) dans lequel ont été déterminées les responsabilités reliées aux réseaux de lutte contre le cancer. En 2001 a été publié un Manual of Cancer Services Standards qui trace les grandes lignes des réseaux en question. Trente-quatre réseaux de lutte contre le cancer ont été établis à travers l'Angleterre et le pays de Galles, chacun d'eux desservant de 1,5 à 2 millions de personnes. Un rapport conjoint des Commissions for Health Improvement/Audit Commission est paru en 2001 et souligne la façon satisfaisante dont le National Health Service (NHS) a respecté les recommandations du rapport Calmine Hine de 1995.

Quelques remarques peuvent être faites en ce qui concerne l'approche employée en Angleterre et au pays de Galles.

- Elle relève de la responsabilité du gouvernement, à un niveau élevé.
- Un investissement financier considérable – approchant les 570 millions de livres – a été consenti en 2003-2004.
- Le plan de lutte contre le cancer du NHS est exhaustif et de grande envergure et il a été élaboré de façon universelle.
- Il existe un directeur national appuyé par une équipe d'action de lutte contre le cancer et qui relève du secrétaire d'État à la santé.
- Des normes, objectifs de rendement, contrats de rendement et indicateurs de rendement ont été mis en place à l'échelle du pays.
- Les réseaux couvrent de vastes zones géographiques et ils coordonnent et intègrent tous les niveaux de soins, depuis le point d'entrée jusque, et y compris, les centres principaux de lutte contre le cancer. Les rôles et l'étendue des services sont clairement définis pour chacun des niveaux.
- Chaque réseau possède une structure de gestion qui comprend comme meneurs de file: un clinicien, une infirmière, un gestionnaire ainsi qu'un responsable des soins primaires.
- Chaque réseau comporte des groupes de stratégies pour chacun des éléments de la lutte contre le cancer, ainsi que des groupes de lignes directrices spécifiques selon le type tumoral (ou type de cancer).
- Les réseaux sont administrés par des conseils de gestion à caractère général et qui rassemblent les prestataires de services et ONG de tous les niveaux.
- Il existe une participation des groupes d'usagers.
- La gestion des réseaux bénéficie du concours d'un groupe de bureau de direction.
- Chaque réseau s'appuie sur une série de valeurs et de principes ainsi que sur des objectifs clairement définis.
- Les responsabilités des réseaux comprennent la planification et la mise en place de la prestation de tous les services locaux, l'amélioration des services axés sur les personnes atteintes, la mise en œuvre de leurs plans et des exigences du plan de NHS ainsi que l'évaluation du rendement.

On en est encore au tout début de la mise en œuvre de cette approche et comme on pouvait s'y attendre, alors que l'on a enregistré certaines réussites (plusieurs réseaux – comme ceux des comtés du Sussex et d'Avon/ Somerset/Wiltshire – se sont développés de façon très satisfaisante et peuvent servir de modèle s'appliquant à une population), des problèmes continuent toujours à se manifester.

Selon le rapport de vérification, l'accès a été grandement amélioré même si l'on trouve encore des différences comme par exemple les services de diagnostic qui présentent des problèmes importants. Il existe également toujours des différences dans l'accès aux soins palliatifs. Bien que les patients se sentent mieux informés et que certains domaines de la disponibilité des ressources humaines aient été améliorés, une meilleure communication et une sensibilité accrue aux besoins des patients se révèlent encore nécessaires. Malgré quelques excellents exemples de réseaux bien conçus et administrés de façon efficace, le rôle des réseaux aurait dû être mieux défini au départ et il existe toujours au niveau des réseaux, un besoin en matière d'imputabilité et de leadership. Une direction davantage pyramidale ainsi que des initiatives descendantes et ascendantes sont nécessaires. Il apparaît en outre évident que les réseaux doivent faire l'objet d'un appui solide.

Rappelons que, même s'il est encore trop tôt et que des améliorations restent à apporter, ce modèle se révèle prometteur alors que demeure une volonté de garder la responsabilité de la lutte contre le cancer dans le cadre d'un modèle plus général de soins de santé et de ne pas recourir à une approche distincte et séparée d'agence de lutte contre le cancer.

6.0 LE CONTEXTE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

6.1 Le système de soins de santé

Afin de proposer un cadre adéquat d'imputabilité de lutte contre le cancer, il est important de tenir compte non seulement des meilleures pratiques existant au Canada et dans le monde, mais également du système de soins de santé dans lequel devront s'adapter les nouvelles dispositions envisagées. Ce chapitre du rapport a pour but de faire comprendre la structure du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick, sa vision et ses objectifs, ainsi que les possibilités et les initiatives qui se révéleront pertinentes pour le cadre proposé.

Le Nouveau-Brunswick a une population de 752 000 habitants (recensement de 1996 actualisé) et un budget de fonctionnement annuel des soins de santé de 1,5 milliard de dollars (28 % du budget total de la province). Bien que les chercheurs aient reçu une estimation des dépenses pour le cancer, il n'existe pas de budget distinct pour cette maladie. Ce budget est englobé de façon générale dans le budget des régies régionales de la santé et il est difficile de le définir avec précision.

Ainsi que le définit la *Loi sur les régies régionales de la santé*, la province est divisée en sept régions, et il existe huit régies régionales de la santé, dont deux dans la Région 1, et qui ont été mises en place en 2002. Il est à remarquer que le Nouveau-Brunswick dispose ainsi d'un nombre élevé de régies régionales de la santé par rapport à sa population et comparativement à d'autres juridictions. Les chercheurs ont été informés qu'aucun plan n'est envisagé dans l'immédiat pour modifier ces dispositions.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être (SME) est engagé à assurer :

- Un système intégré de services de santé fondé sur les besoins de la collectivité et axé sur le patient
- La promotion de la santé et la prévention des maladies.
- L'accès en temps opportun et des services adéquats.
- Des services offerts dans la langue officielle choisie.

Conformément à ce mandat, les débats relatifs à l'élaboration du plan provincial de santé pourraient se concentrer sur les cinq domaines suivants :

- L'amélioration de l'accès et de la prestation des soins. Cela comprend l'accès à de meilleurs soins palliatifs, des améliorations au Plan de médicaments sur ordonnance (PMO), des services sécuritaires et une pratique fondée sur les résultats.
- La santé de la population, englobant des initiatives dans les domaines de l'activité physique, de la nutrition et de l'abandon de l'usage du tabac.
- Le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé au moyen d'une stratégie intégrée des ressources humaines en matière de santé.
- L'assurance de la viabilité du système par l'application des meilleures pratiques et une approche d'équipe.
- L'amélioration de l'imputabilité – reposant sur l'initiative des fiches de rendement.

La *Loi sur les régies régionales de la santé* définit le rôle et la responsabilité du ministre et des régies régionales de la santé (RRS). Elle indique clairement qu'il incombe, en consultation avec les régions, de préciser les responsabilités de ces dernières. D'une façon générale, le ministre a pour responsabilités : d'établir un plan provincial de santé, de définir les priorités, d'établir des normes provinciales, de définir les services de santé qui doivent être assurés par chaque régie régionale de la santé, d'élaborer un cadre d'imputabilité, d'approuver les plans des RRS, d'assurer le financement et d'évaluer le rendement.

À la lumière de ce qui précède, le ministère de la Santé et du Mieux-être est organisé en cinq divisions relevant de la sous-ministre et qui sont :

- Administration et finances
- Services en établissement
- Services de santé mentale
- Santé publique et services médicaux
- Planification et évaluation

Le ministère compte également un directeur des communications. Au niveau du ministère, il n'existe pas d'objectif de gestion de maladies en particulier, bien qu'aient déjà eu lieu des débats à propos de la gestion des maladies chroniques, avec une certaine priorité sur des domaines tels que l'hypertension et le diabète par le biais de comités.

Les initiatives provinciales comprennent également un service d'épidémiologie chargé de la surveillance et du contrôle, de l'évaluation de la santé de la population et de la recherche et ayant également la responsabilité du registre provincial du cancer. Un programme provincial de médicaments est en place qui comprend plusieurs initiatives ayant pour objectifs de satisfaire les besoins de groupes particuliers.

Il existe un programme provincial de télésanté comportant un service bilingue sans frais de triage et d'information 24 heures sur 24 et couvrant les cas sans urgence.

Chaque région sanitaire est gérée par un conseil d'administration comprenant 15 membres nommés à l'origine par le ministre de la Santé et du Mieux-être. À partir de 2004, huit des membres de chaque conseil seront élus et sept seront nommés par le ministre. Les conseils d'administration disposent d'un comité médical consultatif et d'un comité de consultation des membres des professions libérales. Le directeur général de chaque région relève de la sous-ministre de la Santé et du Mieux-être, tandis que les conseils d'administration sont responsables devant le ministre.

Les conseils régionaux de santé sont chargés de :

- Reconnaître les besoins à l'intérieur de leur région.
- Définir les services qui sont nécessaires.
- Définir la façon dont les ressources seront employées afin de répondre aux besoins tels qu'ils sont définis dans le plan régional de santé et d'affaires.
- Mettre en œuvre et gérer ses services spécialisés conformément au plan provincial de santé.
- Assurer la participation des citoyens.
- Établir un rapport sur les résultats.

Les conseils sont censés fournir un plan triennal de santé et d'affaires – conforme au plan provincial de santé.

La province a également défini les niveaux ou degrés de soins prévus dans le système en précisant le rôle et les rapports de chaque niveau qui comprennent les niveaux de soins primaires, secondaires et tertiaires. En accord avec les priorités fédérales, un travail considérable a été effectué en matière de soins de santé primaires, incluant notamment un mandat et un engagement pour la mise en œuvre de quatre centres de santé communautaires situés à des emplacements stratégiques. Ces réalisations ont d'importantes répercussions sur un réseau intégré de lutte contre le cancer. Dans le mandat relatif aux soins de santé primaires, il est fait mention d'un accès adéquat, d'un modèle d'exercice de la profession en collaboration, d'une pratique et d'une promotion de la santé basées sur les résultats cliniques et de la prévention des maladies. Les centres de santé communautaires seront gérés par les régies régionales de la santé (RRS).

Le présent rapport est général et de haut niveau en ce qui concerne le système de santé dans son ensemble. Les auteurs sont cependant d'avis qu'il fournit une toile de fond très utile et précieuse à l'intérieur de laquelle pourrait être élaboré un cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick. En bref, grâce à la mise en œuvre de meilleures pratiques, il sera possible d'élaborer un cadre d'imputabilité s'adaptant bien au système actuel, sans l'obligation d'apporter des changements révolutionnaires à la structure déjà existante. De nombreuses spécificités qui caractérisent actuellement le système de santé régional pourront en fait être tout simplement appliquées à un cadre de la lutte contre le cancer. Il est cependant primordial, avant de rechercher la solution, d'examiner de façon plus détaillée le système actuel de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick. Ce sera là l'objet de la section qui suit.

6.2 Le système de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick

Avant d'aller vers la recherche d'une solution, il est important de comprendre l'état actuel de la lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick, y compris ses points forts, les questions et enjeux qui se posent, les possibilités, les risques et menaces, et son évolution historique.

6.2.1 Vue d'ensemble

Nous avons déjà évoqué le système régional de santé du Nouveau-Brunswick qui comprend sept régions sanitaires et huit régies régionales de la santé. Ainsi qu'on l'a noté, le système a subi un changement considérable passant d'un modèle de prestation de services en milieu hospitalier et d'interventions, à un modèle de prestation de services coordonné à l'échelle régionale, axé sur les patients et mettant davantage l'accent sur la santé de la population, la promotion de la santé et la prévention des maladies. Dans ce système, chaque région possède au moins un hôpital offrant différents niveaux de services.

Les grands hôpitaux de recours se situent à Saint John, Moncton et Fredericton. On trouve deux centres tertiaires spécialisés de lutte contre le cancer assez bien développés dont l'un situé à l'hôpital régional de Saint John et l'autre à Moncton à l'hôpital Dr Georges-L. Dumont. Chacun de ces deux hôpitaux dispose d'installations de radiothérapie et d'oncologie médicale, et il est affilié à des écoles de médecine de l'extérieur de la province et des institutions d'enseignement universitaire provinciales. Le Moncton Hospital et l'hôpital régional Dr Everett Chalmers de Fredericton proposent des programmes de chimiothérapie avec appui d'un oncologue médical ainsi que d'autres éléments de la lutte contre le cancer. Les quatre autres régies régionales de la santé et douze centres locaux ou à proximité à travers la province assurent des traitements de chimiothérapie à des niveaux divers. L'hôpital régional de Saint John tient un registre des cancers pour lequel il reçoit l'appui du programme d'épidémiologie provincial. Certaines recherches fondamentales sur le cancer sont effectuées à l'hôpital Dr Georges-L. Dumont et certaines activités d'essais cliniques limitées sont exercées dans quelques autres installations. Un programme provincial de dépistage du cancer du sein est géré dans 16 sites répartis à travers la province. Le dépistage du cancer du col utérin est effectué de façon décentralisée. Toutefois, un projet pilote provincial de dépistage de ce type de cancer faisant appel à quatre régies régionales de la santé est actuellement en cours d'examen. Le dépistage du cancer héréditaire s'effectue au Isaac Walton Killam Hospital à Halifax. Les services de pathologie cancéreuse et de visualisation diagnostique sont offerts dans les hôpitaux. Il existe plusieurs unités de soins palliatifs que complètent des programmes bénévoles de soins palliatifs et une association provinciale de soins palliatifs. Plusieurs initiatives de prévention du cancer ont été entreprises tant au niveau provincial qu'aux niveaux locaux.

Il n'existe aucune structure provinciale de leadership clairement définie pour un programme de lutte contre le cancer. De ce fait, chaque région agit plutôt de façon indépendante avec les conséquences que sont la fragmentation, les différences de pratiques, peu de planification à long terme coordonnée au niveau provincial pour les guider, et pas de cadre précis pour des processus décisionnels cohérents. Malgré ces actions indépendantes, quelques très bonnes réalisations ont été obtenues au niveau régional, mettant en jeu des personnes dévouées qui sont très en faveur d'un changement.

6.2.2 Récente évolution de la lutte contre le cancer au niveau provincial, au Nouveau-Brunswick

Bien qu'il n'existe aucune structure provinciale en place, plusieurs initiatives ont été prises au niveau provincial, en vue d'assurer vers une meilleure coordination et de jeter les bases d'une approche provinciale. Brièvement, et sans entrer dans les détails, on peut citer une étude de 1985 sur les services de lutte contre le cancer, l'établissement de comités régionaux de lutte contre le cancer en 1991, la création du Comité consultatif provincial sur les services de lutte contre le cancer (CCSLC) en 1996. En 1994 a été établi le Programme provincial de dépistage du cancer du sein. En 1998, le CCSLC a présenté le Plan d'action sur la prestation des services de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick, lequel a reconnu cinq priorités et orientations stratégiques incluant entre autres la nécessité de poursuivre les initiatives provinciales dans plusieurs domaines (dont les guides de pratique clinique GPC) avec l'appui de la coordination provinciale.

Il y a également lieu de remarquer que l'importance de donner suite aux recommandations du CCSLC a été couronnée par le financement de deux postes de consultant en services de lutte contre le cancer à l'intérieur du ministère de la Santé et du Mieux-être (SME). Un ordre de priorité plus élevé pour les services de lutte contre le cancer a également été marqué par l'établissement du Comité directeur de lutte contre le cancer qui donne des conseils au SME et à la sous-ministre en matière de mise en œuvre du Plan d'action sur la prestation des services de lutte contre le cancer, dans l'optique de renforcer le système. Bien que ce ne ce soit pas là un cadre d'imputabilité complet de la lutte contre le cancer, on peut y voir un pas dans la bonne direction, qui a conduit à procéder à une étude externe en vue de proposer ce genre de cadre.

Parallèlement – plus particulièrement à la fin des années 1990 et jusqu'à l'époque actuelle – le Nouveau-Brunswick a siégé au conseil d'administration de l'ACAPC et au conseil de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer (SCLC). Grâce à ces liens, le Nouveau-Brunswick a été en mesure d'apporter sa contribution aux efforts pancanadiens de lutte contre le cancer, mais hélas en l'absence d'une structure provinciale, il n'a pu mettre en œuvre de façon rationnelle dans toute la province les évolutions présentées lors de ces forums. Les liens entretenus avec les associations nationales par certains membres du personnel professionnel ont permis la mise en place de certaines initiatives isolées, mais valables dans certaines régions de la province.

6.2.3 Points forts du système actuel

En dépit de l'absence d'une structure provinciale entièrement élaborée de lutte contre le cancer et de plusieurs problèmes qui seront présentés plus loin dans ce rapport, un certain nombre de développements notables et positifs ont été réalisés.

- Les chercheurs ont été très impressionnés par le grand nombre de personnes dévouées et pleines d'ardeur qui désirent un changement et qui sont bien informées sur les besoins actuels. Ils ont par ailleurs constaté que les gens étaient optimistes, compétents et avaient un niveau élevé de cohérence à propos de leur vision d'une structure provinciale d'imputabilité.
- Il convient de remarquer les quelques initiatives spontanées intervenues dans toute la province et parmi lesquelles on peut citer :
    - L'approche par niveaux de soins de la régie de la santé de la Vallée dans le domaine de la thérapie systémique.
    - Les plans stratégiques de services de lutte contre le cancer établis par certaines régions.
    - Certaines excellentes initiatives de soins palliatifs notamment des unités de services en soins palliatifs en milieu hospitalier et une association provinciale engagée en soins palliatifs.
    - La participation de plusieurs professionnels dans des comités nationaux.
    - Des programmes à dimension régionale étendus à proximité comportant un engagement ferme d'aider et de desservir les autres régions.

- L'engagement de ces comités régionaux de lutte contre le cancer, qui font preuve d'action et de dynamisme.

- Les chercheurs ont également remarqué la structure relativement bien développée qui caractérise le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. Il existe une disponibilité raisonnable des installations qui se traduit par un accès facile aux services de diagnostic et de chirurgie. Les chercheurs notent par ailleurs un accès en temps opportun à la plupart des services de traitement du cancer, comme la radiothérapie, bien que puissent subsister certaines différences dues à la pénurie de thérapeutes. Bien sûr, il existe toujours un besoin d'une meilleure coordination de l'accès depuis le point d'entrée aux soins jusqu'au traitement définitif. Les retards dans le traitement des cancers du sein à partir du moment de la détection d'une anomalie lors du dépistage en sont un exemple. Le programme extra-mural est assez développé et la province est fière de ses initiatives dans le domaine de la télésanté.
- Certains développements positifs ont également été constatés au niveau provincial.
  - Le Programme de dépistage du cancer du sein constitue un excellent exemple de la prise en charge provinciale de l'un des éléments de la lutte contre le cancer. Il pourrait être perçu comme un microcosme de ce qui pourrait caractériser une structure provinciale de plus grande envergure dans le domaine de la lutte contre le cancer. Les chercheurs ont constaté l'approche provinciale au niveau des normes et également les perspectives de rendement dans ce domaine et comment elles ont été intégrées, par exemple, par la régie de la santé de la Vallée.
  - Les priorités qui ont été définies par le Comité consultatif provincial sur les services de lutte contre le cancer (CCSLC) sont bien élaborées, mais ce qui a plus spécialement impressionné les chercheurs est l'appui qui leur est apporté dans toute la province et les preuves d'engagement de nombreux intervenants, y compris les organisations non-gouvernementales (ONG) et les bénévoles.
  - Le registre des cancers, par son pourcentage élevé d'inscription de nouveaux cas, a récemment mérité une reconnaissance publique.
  - Dans le cadre d'une stratégie de gestion des maladies chroniques, d'importants développements ont été réalisés au niveau provincial dans le domaine de la prévention du cancer.
  - L'engagement du ministre de la Santé et du Mieux-être dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de lutte contre le cancer et de processus décisionnels fondés sur les résultats, présente un très grand intérêt. Ce dernier point mérite d'être souligné car, en dehors même de son application dans les conditions cliniques, l'évidence à l'échelle mondiale viendraient à l'appui de la nécessité d'établir un cadre intégré et coordonné de lutte contre le cancer. Lorsqu'une telle politique a été appliquée, on a constaté une diminution de la mortalité due au cancer et une amélioration des survies, ces deux paramètres constituant les mesures les plus importantes de l'efficacité de la lutte contre le cancer.
  - La province a aussi accompli un excellent travail dans l'élaboration d'un rapport comparatif sur les indicateurs de la santé et du système de santé, dont beaucoup d'indicateurs concernent le cancer.

6.2.4 Occasions à saisir

Il existe bien entendu un grand nombre de problèmes à résoudre, dont l'un et non le moindre est de mettre en œuvre une structure et un processus de lutte contre le cancer au N.-B. Plusieurs développements offrent cependant la possibilité de progresser dans ce domaine plus facilement qu'on n'aurait pu l'imaginer au départ. Examinons ce qui suit :

- Comme le Nouveau-Brunswick ne possède actuellement aucun système provincial, il a l'occasion de s'inspirer des autres provinces canadiennes et du reste du monde, et de tirer profit des meilleures pratiques et leçons retenues.
- Au niveau pancanadien, bon nombre de travaux ont été accomplis en ce qui concerne la lutte contre le cancer par l'intermédiaire de la SCLC et de l'ACAPC et dont pourrait tirer profit le Nouveau-Brunswick en s'y rattachant. La province a donc la possibilité d'assimiler le travail qui a déjà été accompli.
- La province a déjà entrepris un important travail pour la réforme des soins de santé dont une grande partie est en bon accord avec l'élaboration d'un cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer.
    - il existe un engagement pour un système unique de services de santé axé sur les besoins de la collectivité et axé sur le patient;
    - les priorités du système de soins de santé sont non seulement compatibles avec les améliorations de la lutte contre le cancer, mais vont même les faciliter et venir à leur appui;
    - un très bon travail a déjà été accompli au niveau des indicateurs de rendement, de la responsabilité de rendre compte au public, et des efforts en vue de favoriser des habitudes de vie saines.
- Le Nouveau-Brunswick peut exploiter les nombreuses initiatives positives et spontanées qui sont intervenues dans la lutte contre le cancer dans les diverses régions et déjà citées dans le présent rapport.
- Les priorités fédérales en matière de soins de santé offrent des possibilités dans des domaines tels que la réforme des soins primaires, la couverture des médicaments, les soins à domicile, les équipements médicaux et de diagnostic et la télésanté.
- Le Nouveau-Brunswick a la grande chance de compter des citoyens dévoués, ardents à la tâche et motivés, qui encouragent la vision d'un cadre d'imputabilité provincial unique de lutte contre le cancer, qui sont en faveur du changement et qui approuvent pleinement les domaines de priorités cernées par le Comité consultatif provincial sur les services de lutte contre le cancer.
- Tout aussi important est l'engagement pris par le ministre de la Santé et du Mieux-être de mettre en place une stratégie de lutte contre le cancer et une pratique fondée sur des résultats cliniques.

C'est vrai, les problèmes sont nombreux, mais les occasions à saisir le sont aussi.

6.2.5 Risques et menaces

À quels risques et menaces fait face le Nouveau-Brunswick dans sa lutte contre le cancer? De quelle façon pourraient-ils faire obstacle à l'élaboration d'un système provincial?

- Une menace majeure est celle que constitue le fardeau du cancer qui continue de s'alourdir en raison du vieillissement, de la prévalence (avances thérapeutiques), des modes de vie et des facteurs de risque chez les jeunes. La province aura-t-elle la conviction et les ressources pour aller de l'avant de façon efficace et faire face à ce fardeau, ou bien laissera-t-elle son avance ininterrompue lui échapper?

- Les inégalités et les iniquités du système actuel correspondent non seulement au désillusionnement de certains, mais également au défi de les transférer pour appuyer d'autres initiatives, ce qui pourrait avoir en soi un impact négatif.
- Les soins sont de plus en plus coûteux en raison des nouveaux perfectionnements technologiques. Les médicaments sont un cas type dans lequel les prix, entraînés par la prévalence croissante et les nouveaux développements thérapeutiques fondés sur les résultats cliniques, ont énormément augmenté lors des cinq dernières années et risquent même de le faire à un taux encore plus élevé pendant les cinq années à venir.
- Les pénuries de ressources humaines constituent un risque considérable pour l'intégrité et la viabilité du système. Ces pénuries empêchent la prestation des services en temps opportun et pourraient en outre compromettre le temps dont dispose les gens pour participer de façon active à une nouvelle structure provinciale. Si aucune réponse n'est apportée à ce problème, la question des ressources humaines ne pourra que s'aggraver.
- Il existe un très grand risque de désillusionnement si rien n'est fait, particulièrement en raison du besoin et des attentes qui ont été créés.
- Si aucune mesure n'est prise, il y a un risque évident pour le Nouveau Brunswick de se retrouver loin derrière le reste du Canada et du monde, et de se retrouver confronté à des problèmes encore plus difficiles, alors que les nouveaux cas et la mortalité continuent d'augmenter.

6.3 Enjeux et défis

Dans cette étude, nous avons pu recueillir des renseignements de nature générale et dans tous les domaines de la lutte contre le cancer. Notre objectif était la compréhension des enjeux se posant dans chaque domaine et susceptibles d'avoir un rapport avec la nécessité d'un cadre provincial d'imputabilité de lutte contre le cancer. Nous n'avons pas procédé à une analyse en profondeur de chaque domaine précis de la lutte contre le cancer, à l'exception peut-être de la thérapie systémique qui a fait l'objet d'une plus grande attention pour des raisons de coûts et de sécurité, et aussi de l'expertise d'un des chercheurs. Il en résulte que cette analyse est d'un niveau général élevé et correspond au mandat de l'étude qui avait pour objet de proposer un cadre d'imputabilité. Chaque domaine de la lutte contre le cancer sera abordé de façon à faire ressortir l'importance d'une structure provinciale et des recommandations générales seront formulées.

6.3.1 Enjeux et défis généraux

Nous présentons ci-dessous un aperçu général des enjeux, questions et défis qui ont été exprimés de façon sensiblement uniforme par les observations écrites et lors des entrevues.

- Il existe une importante fragmentation du système entre les régions, les installations et les communautés, accompagnée de liens médiocres entre médecins, oncologues et les divers niveaux de soins. Le processus de soins aux malades diffère d'une région à l'autre et très sensiblement selon l'endroit où vous vivez et la composante du système où vous recevez vos soins. Des différences similaires se retrouvent dans l'accès, d'un centre à un autre, et dans le processus à partir du point d'entrée. La fragmentation entraîne également une absence de masses critiques d'expertise dans les centres d'excellence.
- Certaines personnes ont exprimé leur préoccupation à propos de la sécurité des soins reliés à la chimiothérapie. Alors que certaines régions comportent de tels systèmes, d'autres n'en ont pas. Aucune approche provinciale globale de pratiques sans risque en matière de médication n'existe, pas plus qu'il n'existe de coordination entre les initiatives qui ont été entreprises dans ce domaine.
- Les intervenants sont inquiets au sujet des résultats médiocres obtenus au Nouveau-Brunswick, tels qu'ils ressortent de l'incidence et de la mortalité dans plusieurs domaines, lorsqu'on les compare au reste du Canada et en particulier aux provinces de l'Ouest.

- Sauf certaines exceptions, on ne retrouve pas d'initiatives coordonnées au niveau provincial dans la plupart des domaines de la lutte contre le cancer – et les exemples types en seraient les normes et guides de pratique clinique. D'autres exemples sont la planification des ressources humaines, la recherche sur le cancer et la disponibilité d'informations stratégiques découlant de la surveillance. Citons également une planification régionale et des installations relativement isolées comportant différentes stratégies dans diverses régions. En outre, les régions établissent leurs priorités de façon différente, ce qui contribue à des variations, à la fragmentation et à une approche un peu anarchique. Il n'existe pas de critères pour définir les niveaux ou pouvant servir de base à l'implantation des services.
- Il n'y a aucun mécanisme explicite de communication avec le ministère en général, et les régions expriment leur inquiétude au sujet du « vide » qui existe au sommet, de l'absence d'un « plan stratégique », et posent la question de savoir « qui est responsable ». On a l'impression que le ministère à de la difficulté à prendre des décisions de politiques dans le domaine de la lutte contre le cancer et que, parfois, il ne sait où s'adresser pour évaluer les propositions qui lui sont faites.
- Un grand nombre de malades et d'intervenants sont préoccupés par les coûts très élevés des médicaments et par le fait que le niveau des soins est défavorablement régi par la capacité de payer. Cette même approche répressive n'est pas utilisée pour les autres modalités thérapeutiques.
- Il existe aussi le problème de desservir adéquatement les populations de cultures francophone, anglophone et aborigène, avec sensibilité et axé sur le besoin du patient.

6.3.2 Enjeux spécifiques dans divers domaines de la lutte contre le cancer

- **Planification et priorités**

  Bien que le ministère de la Santé et du Mieux-être ait établi des priorités avec la contribution du Comité directeur de lutte contre le cancer, aucune action n'a été entreprise au niveau des cinq priorités et il n'existe aucun outil au moyen duquel les priorités puissent être effectivement mises en œuvre. Les intervenants ont exprimé énergiquement la nécessité d'une structure unitaire pour toute la province : « un plan, une direction, un programme ». Grâce à un tel mécanisme, les besoins de planification provinciale à long terme pourraient être abordés, il pourrait exister un établissement des priorités uniforme entre régions, une définition claire des niveaux de services et une composition précise de ce que comprend un programme provincial. Avec ce mécanisme, des décisions parfois difficiles pourraient être prises. Les chercheurs ont eu ainsi la possibilité de lire quelques propositions de programme provincial, par exemple : curiethérapie, dépistage du cancer du col utérin et gynéco-oncologie. Ces propositions ne seront pas commentées individuellement, mais elles illustrent le besoin d'un mécanisme provincial responsable d'établir les priorités et de prendre les décisions de principe dans la lutte contre le cancer. La planification des immobilisations à long terme, le perfectionnement et le remplacement des appareils de radiothérapie sont des questions qu'illustre bien l'état variable des équipements et le besoin de s'attaquer au problème de capacité des simulateurs de tomodensitométrie (TDM).

- **Recherche sur le cancer**

  Au Nouveau-Brunswick, la recherche sur le cancer n'est pas très développée. Il existe un programme réduit de sciences fondamentales dans la recherche sur le cancer à l'hôpital Dr Georges-L. Dumont ainsi que certaines recherches sur les essais cliniques limitées dans quelques régions. En égard à l'importance de la recherche sur le cancer en termes de détermination des politiques et d'accroissement des efforts de recrutement et de maintien en poste (disons en passant que l'on risque de perdre deux oncologues médicaux à la régie de la santé de la Vallée en raison d'un manque de soutien pour les essais cliniques), une structure provinciale se révélera nécessaire pour déterminer la portée et l'ampleur appropriées des activités de ces recherches, ainsi que l'infrastructure indispensable à leur fonctionnement. Il faut également disposer d'un outil plus efficace pour dialoguer avec les organismes nationaux (ICR, INCC, CFI) et obtenir ainsi un soutien

pour l'infrastructure. Une approche provinciale coordonnée de la recherche sur le cancer pourrait permettre la création d'une fondation de recherche du cancer consacrée à la collecte de fonds pour cette recherche.

- **Surveillance**
  Outre la recherche sur le cancer, la surveillance constitue une contribution essentielle à l'élaboration de politiques et de programmes ainsi que dans le domaine du suivi et de l'évaluation. Il importe donc que la surveillance soit suffisamment développée et qu'elle soit rattachée à une structure provinciale de lutte contre le cancer, ce qui actuellement n'est pas le cas. Il est à noter qu'au Nouveau-Brunswick, le cancer ne constitue pas une maladie à déclaration obligatoire, mais que le registre saisit un pourcentage élevé de nouveaux cas. Par ailleurs, il faut disposer d'un soutien marqué de la surveillance pour chaque élément de la lutte contre le cancer pouvant exister au niveau provincial, ainsi que d'un appui à l'analyse des résultats cliniques et d'une approche cohérente de la détermination du stade de la maladie.

  Pour soutenir ces intérêts, le registre des cancers doit devenir plus global et exhaustif dans la saisie des données et doit être parfaitement intégré aux autres bases de données. Le registre compte actuellement trois employés et on note l'insuffisance de l'appui reçu au niveau provincial pour les épidémiologistes afin de procéder au travail d'analyse nécessaire à l'élaboration des informations desservant les structures tant provinciale que régionales. Les ressources actuellement disponibles se situent bien en dessous de celles des autres compétences comparables. Les améliorations dans ces domaines devraient être prises en compte dans un plan de développement pluriannuel. Il serait en outre important que les activités de surveillance au Nouveau-Brunswick aient d'excellents liens avec le Conseil canadien des registres des cancers et la Coalition canadienne pour la surveillance du cancer – un partenariat de Santé Canada et de l'ACAPC.

- **Ressources humaines**
  Il n'existe pas au niveau provincial de mécanisme spécialisé ni clairement défini relatif à une planification des ressources humaines dans le domaine du cancer et qui soit fondé sur les besoins (déterminés par l'incidence, la prévalence, les normes et les attentes en matière de productivité). On trouve également des exemples de répartition inégale des professionnels de la santé avec des cas de manque de concentration des professionnels ayant des compétences spécialisées. On connaît aussi des exemples de rémunérations peu concurrentielles pour certains médecins, aussi bien dans le cadre de la province que par rapport à d'autres juridictions similaires. Il y a des cas de valeurs aberrantes de rémunération pour des médecins aux deux extrémités de l'échelle des salaires, ce qui révèle une disparité interne considérable. On constate en outre que beaucoup d'oncologues ont plus de 55 ans et que l'appui médiocre aux essais cliniques représente une menace. Le Nouveau-Brunswick a récemment réussi à recruter plusieurs radio-oncologues et oncologues médicaux, bien que la province soit confrontée à des problèmes considérables pour maintenir une cohorte stable de personnel dans ces spécialités plutôt rares.

  Le Canada connaît une forte pénurie des ces deux spécialités médicales, et le recrutement est actuellement hautement concurrentiel. Comme nous l'avons déjà mentionné, un des problèmes cernés par cette étude est celui des approches incohérentes de budget des oncologues pour la province, particulièrement en ce qui concerne les oncologues médicaux, ce qui va inévitablement se traduire par des difficultés pour le recrutement et pour le maintien en poste à long terme de ces spécialistes. On recommande donc fortement une approche provinciale d'une structure de financement pour les oncologues qui soit équitable, uniforme et basée sur le marché.

  On a noté en particulier que les oncologues parfaitement compétents aux États-Unis et qui exercent en vertu d'une licence temporaire au Nouveau-Brunswick sont actuellement grevés par de fortes

pénalités financières durant l'accomplissement du très long processus d'achèvement de leurs examens canadiens. Étant donné que ce sont des oncologues très compétents et qualifiés, cette disparité de salaire a un effet dissuasif sur le recrutement de ces personnes très compétentes et peut avoir un impact défavorable sur leur maintien en poste. La plupart des provinces rémunèrent actuellement les médecins très qualifiés diplômés à l'étranger, particulièrement ceux venant des États-Unis, au même niveau que les diplômés canadiens, même si on leur demande de refaire leurs examens de médecine fondamentale, leur internat et leurs examens d'oncologie médicale.

Le Nouveau-Brunswick finance des postes de formation spécialisée en oncologie médicale ou en radio-oncologie dans le cas où un candidat reçu de la province obtient une place dans un programme ailleurs au Canada. Ce processus serait davantage proactif et mieux intégré au plan de ressources humaines si l'on venait à négocier un engagement d'un poste prévu au budget dans un ou plusieurs programmes de formation dans lequel pourrait être placé un candidat pour affectation au Nouveau-Brunswick. On pourrait ainsi augmenter le nombre de diplômés admissibles à un emploi au Nouveau-Brunswick.

Les physiciens et radiothérapeutes ne sont pas non plus payés à un niveau concurrentiel et le versement d'une prime de maintien en fonction aux radiothérapeutes a un effet néfaste sur le moral du personnel de soins infirmiers. Il existe un tel niveau d'inquiétude chez les physiciens et les radiothérapeutes qu'il a été envisagé de mettre en place une unité spécialisée pour les physiciens, les radiothérapeutes et les dosimétristes.

Le nombre d'infirmières en oncologie ayant une formation appropriée est insuffisant et il n'y a pas assez de nouvelles diplômées pour répondre aux besoins. L'on espère que la stratégie de ressources en main-d'œuvre infirmière va contribuer à résoudre ce problème. La pénurie de pharmaciens à l'échelle provinciale et nationale a engendré une plus grande demande sur cette profession pour laquelle il existe un marché concurrentiel dans le secteur privé. On a un besoin impératif en pharmaciens cliniciens dans la prestation et l'administration de la chimiothérapie, et cette pénurie a entraîné l'année dernière la fermeture des services de chimiothérapie dans deux régies régionales de la santé. En 2002, 21 % des postes provinciaux dans les hôpitaux étaient vacants. La disponibilité de pharmaciens va s'améliorer quelque peu avec l'augmentation récente du nombre de places à l'Université Dalhousie, mais la demande probable toujours croissante du secteur privé va exiger des rémunérations concurrentielles et des possibilités cliniques attrayantes dans le réseau hospitalier. Les pharmaciens assumeront des rôles plus essentiels que jamais dans l'élaboration des programmes de traitement du cancer et de prise en charge de cette maladie.

Malgré une nette augmentation du nombre de médecins entre 1997 et 2003, on rencontre de graves problèmes de ressources humaines dans toutes les disciplines essentielles de l'oncologie et qui affectent défavorablement la capacité des provinces à fournir des soins en temps opportun et accessibles; et, faute d'une approche provinciale de planification dans ce domaine, cette situation ne fera que s'aggraver. Il existe évidemment des problèmes considérables de ressources humaines dans tout le Canada et les solutions ne sont donc pas simples. Les provinces qui n'ont pas mis en place un bon processus de planification vont se retrouver désavantagées.

Le Nouveau-Brunswick doit reconnaître la nature interdépendante des problèmes de ressources humaines en oncologie et élaborer un plan spécifique couvrant les disciplines essentielles que sont les soins infirmiers en oncologie, l'oncologie médicale et la radio-oncologie, la radiothérapie, la physique et la pharmacie, en mettant en œuvre des normes de planification basées sur les besoins et qui tiennent compte à la fois de la charge de travail et de la productivité. Un tel plan devrait être rattaché au plan provincial général de lutte contre le cancer ainsi qu'aux activités de la SCLC et de

l'ACAPC. Le Nouveau-Brunswick devrait participer activement au développement des banques de données sur les ressources humaines. Ces dernières procureront des renseignements stratégiques définissant les besoins futurs de ressources humaines et permettront à la province de mieux se positionner pour planifier le recrutement et être en mesure de donner des informations aux écoles de formation technique, collèges, universités et aux programmes tant de premier cycle que de troisième cycle. Il faudrait également accorder davantage d'attention aux incitatifs financiers pour le recrutement et le maintien en poste, ainsi qu'à un système de rémunération pour l'oncologie qui soit équitable et raisonnablement concurrentiel (et qui soit défini dans des ententes contractuelles écrites). La concentration des ressources humaines rares dans des centres d'excellence devrait également constituer un facteur marquant d'une future planification. Des efforts devraient être entrepris pour établir une affiliation avec une école de médecine de façon à ce qu'une formation de troisième cycle puisse être donnée et reconnue au Nouveau-Brunswick. La disponibilité de stages facultatifs peut également se révéler précieuse pour inciter les gens à venir s'établir au Nouveau-Brunswick afin d'exercer l'oncologie.

Quel que soit le mécanisme retenu, il faut mettre davantage l'accent sur les besoins en ressources humaines dans la lutte contre le cancer et l'acceptation d'une certaine responsabilité sociale, et pas seulement sur les besoins en formation de la province. Certains efforts devraient également être déployés pour consacrer des fonds à certains créneaux de l'oncologie en plus des postes actuels déjà approuvés. L'éducation subventionnée et les allocations de déplacement peuvent également être utiles. Toute structure de planification des ressources humaines devrait comprendre des coordonnateurs en éducation, tant anglophones que francophones.

- **Aspects financiers**

  Les chercheurs ont obtenu une évaluation générale des coûts de la lutte contre le cancer qui comprenait la chirurgie des malades hospitalisés et la chirurgie d'un jour, la radio-oncologie, les cliniques de chimiothérapie, les médicaments, les salaires des médecins ainsi que le dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin (projet pilote). L'ensemble s'élevait en tout à un peu plus de 61 millions de dollars. Quelle que soit la province considérée, il est très difficile de faire la somme de tous les coûts reliés au cancer du fait que ces coûts sont noyés dans les budgets généraux de fonctionnement et que les ressources financières employées s'étendent dans l'ensemble des domaines si nombreux d'une institution. Sans coûts par cas, cette évaluation ne sera jamais faite correctement et les comparaisons entre provinces sont donc rendues impossibles. Même les provinces qui ont des agences de lutte contre le cancer n'ont élaboré de budgets que pour un secteur du traitement du cancer, avec des coûts non saisis allant de 40 à 60 % des budgets des agences. D'une façon générale, les coûts imputés aux malades hospitalisés, les services de chirurgie, les services de diagnostic, les services de soins palliatifs et le soutien à domicile restent en dehors des budgets des agences provinciales de lutte contre le cancer. Les problèmes rencontrés par le Nouveau-Brunswick dans le domaine financier portent davantage sur l'absence de structure provinciale. Citons parmi ces problèmes :

  - En l'absence de plan précis et d'un ensemble de priorités, la distribution des ressources financières peut être circonstancielle et déterminée parfois par des pressions politiques se traduisant par des iniquités.
  - Le manque d'attentes de rendement clairement définies de la part du palier provincial fait que les régions vont répartir les ressources globales selon leurs propres priorités, lesquelles peuvent être différentes d'une région à l'autre.
  - Il existe également à l'intérieur des régions une compétition entre les différents programmes au sujet des ressources. Il peut s'ensuivre des emplois différents des ressources entre régions en raison des approches variées dans l'établissement des priorités et des différences qui en résultent.

- Au Nouveau-Brunswick, les coûts par habitant pour les agents chimiothérapeutiques se comparent favorablement avec d'autres juridictions bien développées; cependant, les budgets de chimiothérapie tombent dans le cadre des budgets de pharmacie régionaux. En l'absence d'approche normalisée de l'utilisation des agents chimiothérapeutiques à l'échelle provinciale, les régions déterminent par elles-mêmes quels médicaments employés, ce qui se traduit par des pratiques différentes. Ces différences sont combinées également au fait que les malades sont censés payer leurs propres agents chimiothérapeutiques oraux en dehors du réseau hospitalier, ce qui entraîne non seulement des difficultés financières, mais aussi un risque de non-conformité.

Même dans le cas où il existe une structure provinciale, il est peu probable qu'un budget spécialisé complet de lutte contre le cancer puisse être établi ou qu'il soit même nécessaire pour un programme efficace. Il existe bien entendu quelques exceptions. Certains domaines se prêtent par eux-mêmes à une approche de budgétisation provinciale, comme par exemple les programmes de dépistage, l'appui de base à la recherche, un registre des cancers avec soutien épidémiologique, les salaires des oncologues et les coûts de chimiothérapie. Cependant, il importe que dans le cadre d'un plan provincial comportant des priorités, un ensemble précis d'indicateurs de rendement et de résultats attendus dans la lutte contre le cancer soit défini pour les régions et exposé clairement dans un contrat de rendement. Ce dernier devrait faire obligation aux régions d'élaborer un plan triennal de lutte contre le cancer dans le cadre du plan provincial.

- **Ressources en matériel (installations et appareils)**

Les chercheurs ont été très impressionnés par la dimension et l'ambiance générale des centres de lutte contre le cancer, et par les unités de chimiothérapie qu'ils ont visités ainsi que par l'état général des biens d'équipement, particulièrement dans le domaine du diagnostic. Ils citent ci-dessous quelques problèmes qui doivent être abordés dans un cadre provincial.

- Compte tenu de la faible surface géographique de la province, les installations ne sont pas aussi concentrées qu'on pourrait s'y attendre. Ceci rend difficile la création de masses critiques ou de centres d'excellence.
- Des plans assez bien développés existent pour la relocalisation et l'agrandissement de l'unité de chimiothérapie (ambulatoire) au Moncton Hospital. Il aurait été préférable de réunir cette unité avec celle de l'hôpital Dr Georges-L. Dumont. Il faudrait au moins que ces deux unités collaborent étroitement et ne comptent que pour un seul programme intégré dans le cadre de la région. Il s'avère par ailleurs difficile de recruter du personnel pour de plus petites unités et la charge de travail de l'unique oncologue médical du Moncton Hospital est excessive.

Bien que les ressources en biens d'investissement pour les services de diagnostic soient satisfaisantes – en fait, il existe sans doute une capacité excédentaire pour certaines modalités, ce qui signifie que les ressources en capital peuvent ne pas être aussi disponibles pour d'autres domaines qui méritent attention – il est nécessaire de mettre sur pied un processus provincial coordonné de la planification des biens d'investissement. Ceci est particulièrement évident pour les appareils de radiothérapie. Il faudrait un développement normalisé et coordonné entre les deux unités, se concrétisant par un plan pluriannuel de remplacement et de réalisation et reposant sur des normes de productivité raisonnables, les avances technologiques et la désuétude prévue, tous ces éléments étant liés au pourcentage de cas d'incidence présents et à venir qui bénéficieront de la radiothérapie. Le plan devrait comprendre les appareils destinés à l'évaluation, la planification du traitement, et aussi à la radiothérapie elle-même. Ceci montre clairement la nécessité d'une approche provinciale coordonnée de la radiothérapie dans le cadre de laquelle certaines autres questions pourront être abordées. Celles-ci seront présentées ultérieurement.

- **Prévention du cancer**
  Les chercheurs n'ont pas analysé en profondeur l'état actuel de la prévention du cancer au Nouveau-Brunswick; quelques observations s'imposent toutefois. Plusieurs bonnes initiatives existent parmi lesquelles une stratégie provinciale contre le tabac, un programme intitulé « Apprenants en santé », un partenariat d'action communautaire au chapitre de l'alimentation saine et de l'activité physique et un programme communautaire d'information sur la nutrition. Les chercheurs ont aussi noté le lien avec la prévention des maladies chroniques et la stratégie « Mieux-être » des provinces de l'Atlantique. Lors d'une de leurs visites, les chercheurs ont remarqué les travaux de la clinique de dépistage de risques du cancer du Moncton Hospital.

  À mesure que le Nouveau-Brunswick progresse dans sa stratégie de prévention du cancer, il deviendra important de définir des objectifs mesurables dans le domaine de la prévention de cette maladie ainsi que des actions appuyant la réalisation de ces objectifs et reposant sur des preuves d'efficacité. Il importera d'établir des liens solides avec la SCLC et de s'intégrer à la stratégie nationale de prévention primaire et aux autres efforts nationaux et aussi d'établir des liens solides avec les régions dans le cadre d'un plan provincial afin de réaliser la mise en œuvre du programme. La prévention du cancer doit faire partie du cadre provincial d'imputabilité de lutte contre le cancer; elle doit comprendre un groupe provincial et une représentation au sein de la direction afin d'en assurer l'intégration avec les autres activités de la lutte contre le cancer. Une telle structure devrait inclure la santé publique, tant à l'échelon provincial que régional. Ces initiatives devraient permettre d'aborder les taux relativement élevés d'incidence et de comportements à risque liés au cancer au Nouveau-Brunswick.

- **Dépistage du cancer**
  Le programme de dépistage du cancer du sein compte de nombreux éléments positifs dont une structure provinciale, des normes, des attentes en matière de rendement, un pourcentage élevé de dépistage des personnes à risque, et des activités de contrôle de la qualité. Pourtant, le personnel de soutien actuel n'est que partiellement soutenu et il n'y a pas de leadership médical bien défini au niveau provincial. Il faudrait améliorer le pourcentage de dépistage des personnes à risque dans les communautés rurales et aborigènes et améliorer l'emploi du registre des cancers de façon à pouvoir y saisir les données de dépistage.

  De façon générale, aucun programme provincial organisé de dépistage du cancer du col utérin n'est en place. Le test de Papanicolaou (Pap) et son interprétation en laboratoire sont décentralisés à travers tout le Nouveau-Brunswick. Cependant, grâce à une subvention du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPIC), plusieurs régies régionales de la santé ont collaboré à un projet pilote de mise en place dans quatre régions d'un programme complet de dépistage du cancer du col utérin. Ce projet avait vu le jour en raison du pourcentage relativement faible de personnes à risque qui sont dépistées et par suite du désir de normaliser et d'améliorer le contrôle de la qualité ainsi que le suivi. Cet effort a créé un élan vers une approche provinciale. Il faudrait envisager un programme provincial qui, entre autres, comprendrait la centralisation de l'interprétation de la cytologie du cancer du col utérin. La mortalité due à ce type de cancer est cependant faible avec un taux de trois pour 100 000 femmes. La priorité donnée à ce type de cancer doit équilibrer l'élan qui a été créé au regard des avantages et priorités des initiatives de lutte contre les autres formes de cancer. La demande d'approbation du programme devra être plus étoffée.

  Le dépistage du cancer colorectal s'effectue un peu au hasard et selon les circonstances. La réalité montre clairement aujourd'hui une diminution importante de la mortalité, due au cancer, des personnes qui ont été dépistées au moyen d'un système organisé. Là encore, c'est une question de politique provinciale qui doit établir la priorité correspondante par rapport aux autres initiatives.

Disons simplement que l'ACAPC, la SCLC et les SCC/INCC (Société canadienne du cancer et l'Institut national du cancer du Canada) ont totalement appuyé le développement d'approches organisées pour le dépistage du cancer colorectal, et que des coûts sont déjà encourus pour le dépistage qui se fait de manière opportuniste en ce moment.

À l'instar de la prévention du cancer, les politiques relatives au dépistage devraient être traitées au niveau provincial comme faisant partie du cadre d'imputabilité de la lutte contre le cancer.

- **Diagnostic**
  On trouve en général au Nouveau-Brunswick des services bien organisés de diagnostic, particulièrement dans des domaines tels que les examens par IRM (imagerie par résonance magnétique) ou par tomographie par ordinateur (CT), avec un accès en temps opportun par les malades atteints de cancer. On songe à se procurer un appareil d'examen par tomographie par émission de positrons (PET). Le Nouveau-Brunswick compte une Association des pathologistes et ceux-ci participent bien sûr aux débats pluridisciplinaires. Certains ont exprimé leurs préoccupations à propos des différences de pratique pathologique, de la nécessité d'une expertise plus élaborée du siège de la tumeur et du besoin d'une approche provinciale relative aux normes et mécanismes d'orientation de la pathologie. Des questions comme un processus uniforme et méthodique de détermination du stade de la maladie, comparable à celui du reste du Canada, ainsi que des méthodes normalisées de signalement pathologique et électronique ont également été soulevées. On pourrait envisager l'établissement d'un réseau provincial officiel de pathologie du cancer dans le cadre d'une structure provinciale globale.
- **Modalités de traitement (radiothérapie, thérapie systémique et oncologie chirurgicale)**
  Ces importantes modalités du traitement du cancer présentent plusieurs sujets de préoccupation qui leur sont communs. Là encore, il n'a pas été possible de procéder à une analyse approfondie de chacune de ces modalités, exception faite peut-être pour la thérapie systémique. Nous aborderons quelques questions ayant des répercussions dans l'élaboration d'une structure provinciale.
  - **Radiothérapie**
    Quelques-unes des questions propres à la radiothérapie ont déjà été traitées dans l'article concernant les ressources humaines et les ressources en matériel. La capacité en appareils est d'un niveau raisonnable par rapport aux besoins; on trouve toutefois, pour un centre, certains délais d'attente supérieurs à ceux prévus par les normes admises en raison d'un manque de radiothérapeutes.

    Les services de radiothérapie sont répartis entre deux centres dont l'un à Moncton à l'hôpital Dr Georges-L. Dumont et l'autre, à l'hôpital régional de Saint John. En égard à la dimension géographique du Nouveau-Brunswick, il aurait été préférable de n'avoir qu'un seul centre plus important de radiothérapie, ce qui aurait permis la présence d'une masse critique de spécialistes, une certaine spécialisation en fonction du type tumoral, et une concentration plus élevée d'appareils de diagnostic et thérapeutiques de haute technologie. Il est pourtant peu probable que les dispositions actuelles fassent l'objet de changements. En l'absence d'un cadre de coopération ou d'une structure provinciale, cette division s'est traduite par un manque de normalisation des traitements, de la productivité et des définitions et principes communs au niveau des délais d'accès et des temps d'attente. On rencontre des iniquités dans la répartition des ressources et dans les rémunérations des oncoradiologistes. Il n'y a pas vraiment de pleine coopération entre les deux centres, ce qui peut paraître surprenant étant donné que chacun d'eux constitue une ressource provinciale importante. Ce système divisé et sans coopération optimale, combiné à l'absence de structure provinciale, ne contribue vraiment pas à une planification coordonnée et optimisée de ce service.

Il faudra que ces deux unités soient perçues comme une ressource provinciale collective et qu'elles collaborent étroitement dans le cadre d'un système canadien de normes de radiothérapie (plutôt que suivant différentes normes issues de différents pays). Il serait bon d'élaborer un plan à long terme des ressources en radiothérapie dans le cadre d'un processus provincial coopératif et d'un leadership provincial unifié. Cette structure devrait également aborder l'élaboration de normes dans tous les domaines de pratique de la radiothérapie et qui pourront servir de guide pour la planification provinciale. On devra tenir compte du rôle du Comité consultatif sur les politiques de radiothérapie de l'ACAPC en ce domaine, ainsi que des meilleures pratiques des provinces qui se sont engagées dans une approche provinciale. Une telle structure permettrait également de déterminer le champ d'application et l'emplacement d'un type de programme unique comme la curiethérapie. La gestion des listes d'attente devrait également faire partie d'un système provincial.

- **Thérapie systémique**

À l'instar de la radiothérapie, il n'existe aucun programme provincial officiel de thérapie systémique, ni de budget particulier unifié de chimiothérapie ni de normes au niveau provincial pour sa pratique sans risque. Les régies régionales de la santé (RRS) établissent leurs propres recueils de médicaments et on trouve des différences dans l'utilisation des médicaments à travers la province. Un grand nombre de patients ne sont pas couverts pour les coûts des médicaments oraux, ce qui entraîne non seulement des difficultés financières mais également un risque d'inobservation du traitement. Dans les régions plus petites, les conseils régionaux de santé ont éprouvé des difficultés à assumer les coûts de pharmacothérapie reliés aux traitements du cancer, ces médicaments étant généralement recommandés par l'un des centres principaux. Les malades qui, sur avis oncologique des hôpitaux de Moncton, Fredericton, Saint John ou là où cela est possible, sont traités dans des hôpitaux disposant de peu de ressources financières. Bien qu'à ce jour, nous n'ayons pas eu connaissance de patients qui se soient vus refuser une thérapie, il serait beaucoup plus logique que le financement se déplace avec la personne atteinte et que les hôpitaux puissent avoir accès à un budget provincial général alloué aux médicaments. Ceci permettrait une excellente planification pharmaco-économique provinciale et une mise en place rapide de nouvelles thérapies. La couverture des médicaments « à emporter à domicile » vendus par les pharmacies constitue une question épineuse pour les patients au Nouveau-Brunswick. Durant l'étude, ce problème a été porté à l'attention des chercheurs par les patients, les médecins et les organismes de charité. Nous recommandons donc que le Nouveau-Brunswick envisage d'incorporer les médicaments oraux de chimiothérapie dans son budget hospitalier et que ces médicaments soient fournis gratuitement aux malades. Ceci permettrait un accès uniforme et équitable aux thérapies efficaces et également d'assurer la sécurité des malades lorsque ceux-ci reçoivent des traitements combinés complexes de chimiothérapie. Les coûts globaux pourraient être réduits en évitant de laisser le choix du patient qui choisit une thérapie plus coûteuse par injections intraveineuses plutôt qu'une thérapie par voie orale telle qu'elle serait gérée par un budget provincial des médicaments en oncologie.

Les malades ont cité des difficultés de paiement pour diverses hormonothérapies de traitement du cancer du sein ou du cancer de la prostate; cependant, si l'on établissait aujourd'hui un budget pour ces médicaments, cela imposerait de sévères contraintes au ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick. Le processus actuel de couverture d'une partie de ces coûts par les malades et leurs compagnies d'assurance ne semble pas déraisonnable lorsqu'on la compare aux normes de l'est du Canada, où prévalent des pratiques semblables. Le problème est cependant un peu plus préoccupant

au Nouveau-Brunswick en raison de la couverture très limitée qui existe pour les coûts des médicaments.

Les malades ont exprimé leur profonde préoccupation au sujet du manque de couverture pour les médicaments de soutien comme les facteurs de stimulation des colonies de granulocytes et l'érythropoïétine pour la gestion des faibles taux de leucocytes et de l'anémie. Il s'agit là encore d'un engagement très coûteux et il faut savoir que dans la plupart des provinces canadiennes, ces médicaments ne sont pas couverts par le réseau hospitalier, mais par une combinaison de plans de régime d'assurance médicaments et d'une couverture par une assurance de responsabilité civile. Nous ne pouvons malheureusement recommander aucun changement pour l'instant.

Des inquiétudes ont également été exprimées quant à l'administration sans risque de traitements chimiothérapiques dans les régions éloignées en raison du faible volume de patients, de la pénurie de personnel en pharmacie, des pressions de la charge de travail et de l'absence de normes provinciales de sécurité en matière de médication. Une approche provinciale de la thérapie systémique devrait nécessairement comporter des règles et procédures écrites de façon à assurer l'administration sans risque de traitements de chimiothérapie et la manipulation sans danger de ces médicaments d'agents chimiothérapeutiques potentiellement toxiques. C'est là un des avantages majeurs d'une approche provinciale de la lutte contre le cancer qui va forcément exiger des normes clairement énoncées pour les médecins, pharmaciens et infirmières vérifiant toutes les ordonnances de chimiothérapie ayant rapport avec l'examen des analyses sanguines hématologiques et biochimiques, ainsi que des protocoles et lignes directrices écrits et des processus bien définis pour confirmer que la chimiothérapie est administrée selon la dose, l'horaire et la catégorie de diagnostic appropriés à chaque patient. Dans le même esprit, des normes de sécurité pour la manipulation de ces médicaments doivent être rédigées et mises à la disposition de tous les centres. Des programmes d'éducation du personnel afin d'assurer la compréhension et le respect de ces lignes directrices constitueront une étape importante. Les chercheurs aimeraient faire remarquer que quelques centres réussissent assez bien en ce sens, mais certaines incohérences doivent être abordées afin d'assurer à long terme une protection optimale aux patients.

L'appui de la technologie de l'information assurant l'accès à tous les protocoles de traitements courants constituerait un énorme avantage et devrait constituer l'objectif d'une approche provinciale de l'excellence en thérapie systémique.

Il n'existe pas non plus d'approche provinciale pour l'accréditation des infirmières en oncologie; quelques régions ont toutefois résolu ce problème en créant leur propre processus. Dans certaines régions, les ordonnances de chimiothérapie ne donnent pas d'orientation précise aux infirmières ou au personnel de la pharmacie. Le mélange sans risque d'agents chimiothérapeutiques, particulièrement dans les régions éloignées, demeure un problème important.

La prévalence croissante du cancer et l'apparition de nouveaux agents chimiothérapeutiques chaque année se traduit par une augmentation substantielle des coûts dans ce genre de traitements. Ce fait souligne l'importance d'une normalisation, d'un recueil provincial de médicaments et d'un système d'achat central coordonné pour l'achat de ces agents. Des lignes directrices des traitements devraient être élaborées sur la base d'une collaboration provinciale et devraient refléter les nouvelles connaissances

intervenues dans la thérapie du cancer. Le processus d'élaboration des lignes directrices devrait être conduit par des experts de la province et mettre à profit les lignes directrices disponibles déjà élaborées dans d'autres provinces telles que l'Ontario et la Colombie-Britannique.

Les oncologues du Nouveau-Brunswick ont exprimé leur appréciation d'une certaine souplesse quant à leur accessibilité aux nouveaux médicaments. C'est là une approche louable qui ne devrait pas être amoindrie par l'élaboration de lignes directrices facilitant le traitement des types de cancer les plus courants. Dans l'ensemble, le coût des médicaments intraveineux de traitement du cancer au Nouveau-Brunswick reflète les tendances que l'on retrouve partout au Canada et n'a pas été jugé excessif.

Contrairement à l'oncologie chirurgicale et à la radio-oncologie (pour lesquelles la charge de travail grossit à cause de l'accroissement de l'incidence de 2,5 à 3 % par an), la croissance de la thérapie systémique est due en grande partie à l'élargissement des programmes de nouveaux médicaments plus efficaces qui permettent soit de guérir le cancer ou de prolonger la vie des personnes qui en sont atteintes. Il s'ensuit que le taux d'accroissement, au Canada, du nombre de malades recevant un traitement actif est le triple ou le quadruple du taux d'augmentation de l'incidence, et s'élève habituellement entre 8 et 10 % par an. Ce taux d'accroissement entraîne une charge de travail accrue pour les médecins, infirmières et pharmaciens et également une augmentation du budget alloué aux médicaments de traitement du cancer.

Lorsqu'ils planifient les budgets des médicaments contre le cancer, les ministères de la santé peuvent prévoir un taux d'accroissement de plus de 20 %, caractéristique de ce secteur des soins de santé à évolution rapide. Ces dix dernières années, l'accès aux nouveaux médicaments a donné lieu à des améliorations considérables de survie pour le cancer primaire du sein, le cancer du sein métastatique, ainsi que pour les cancers du colon soit à un stade précoce, soit récemment diagnostiqués ou soit à un stade avancé, les lymphomes, les leucémies et nombre d'autres cancers rares. Bien que coûteux, ces médicaments se sont traduits par une plus longue survie d'un plus grand nombre de malades et, dans certains cas, par de plus nombreux malades suivant un traitement actif pendant des périodes plus prolongées. On trouve des iniquités dans la répartition des charges de travail entre les oncologues médicaux (en particulier à l'hôpital régional de Saint-Jean et au Moncton Hospital) et un appui insuffisant aux essais cliniques qui pose un sérieux risque quant au recrutement et au maintien en poste. Il n'y a pas non plus de politique provinciale précise sur la localisation des divers niveaux de soins pour l'administration de la chimiothérapie à travers la province. Ceci non seulement compromet les décisions stratégiques au sujet de la répartition des ressources et du personnel, mais est susceptible de contribuer à des pratiques dangereuses. Les gens ne savent pas ce qui devrait être fait, ni où et ni le pourquoi. Il y a également lieu d'améliorer la coordination entre l'unité du Moncton Hospital et celle de l'hôpital Dr Georges-L. Dumont. Ces deux unités devraient être considérées comme faisant partie d'un seul service et il faudrait mettre en place un service de consultation en radio-oncologie amélioré au Moncton Hospital.

Malgré ces nombreux problèmes, des initiatives efficaces ont été entreprises dans certaines régions. Certaines ont porté sur l'élaboration de manuels de sécurité, d'autres sur la mise en place de programmes d'accréditation des infirmières et une région a formulé une approche des niveaux des soins en vue de mieux définir les rôles, responsabilités et

relations entre les prestataires de chimiothérapie.

Incroyablement, il n'existe aucun forum provincial permettant aux oncologues, infirmières et pharmaciens de se réunir et d'aborder ces questions dans un cadre provincial d'imputabilité de lutte contre le cancer. Il faudrait mettre en place plusieurs éléments d'un programme ou réseau provincial de thérapie systémique en vue de traiter ces questions très importantes et de grandes portées. Grâce à une telle structure, des liens pourraient alors être établis avec le Comité consultatif sur la politique de thérapie systémique de l'ACAPC et le groupe de travail interprovincial des stratégies pharmaceutiques, liens qui permettraient de tirer profit du travail de normalisation, des lignes directrices et du travail sur un ensemble d'une base de données cliniques fondamentales déjà accomplis.

- **Oncologie chirurgicale**

Comme on l'a déjà mentionné, la capacité d'oncologie chirurgicale est raisonnablement développée en termes de salles d'opération et de nombre de lits, et l'on compte plusieurs chirurgiens résolus et expérimentés qui montrent un grand intérêt pour améliorer davantage la pratique de l'oncologie chirurgicale. Ils ont fait part du besoin de concentration et de coordination de la prestation de services pour les formes de cancer plus rares et pour certains des cancers les plus courants. Plusieurs d'entre eux sont d'avis que les cancers du sein, du poumon, colorectaux et de la prostate se prêtent par eux-mêmes à une approche pragmatique pluridisciplinaire comportant une certaine concentration ainsi qu'une coordination entre les éléments de lutte contre le cancer tels que la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, etc. Ils ont également exprimé l'opinion que les formes plus rares de cancers complexes comme ceux du foie, du pancréas et de l'estomac devraient être traitées en un seul centre. Ils ont en outre manifesté leur inquiétude quant à l'absence de base de données d'oncologie chirurgicale et exprimé le besoin d'une meilleure analyse des résultats de façon à ce que les niveaux actuels de rendement puissent être mieux compris et servir de base à une amélioration continue. Ils croient que la création d'un réseau provincial d'oncologie chirurgicale jumelé à un cadre provincial d'imputabilité constituerait une avance positive et permettrait de meilleurs liens avec le Comité consultatif des politiques d'oncologie chirurgicale de l'ACAPC, lequel a effectué certains progrès dans l'élaboration d'une base de données. Ce réseau permettrait par ailleurs un lien avec l'ensemble des données cliniques fondamentales en cours d'élaboration sous l'égide de la Coalition canadienne pour la surveillance du cancer.

L'équipe de l'étude a brièvement abordé la question de la gynéco-oncologie. Une proposition a été présentée pour que cette discipline fasse l'objet d'un programme provincial. La gynéco-oncologie est répartie à l'heure actuelle entre Saint John et Moncton. En se basant sur des modèles mis au point dans d'autres provinces, l'on suggère que la gynéco-oncologie fasse partie d'un réseau provincial d'oncologie chirurgicale plutôt que de faire l'objet d'un programme provincial distinct. Les principes de l'exercice de l'oncologie chirurgicale ont de nombreux points communs avec ceux de la gynéco-oncologie, comme c'est déjà le cas avec un certain nombre d'autres sous-spécialités chirurgicales qui devraient également faire partie de cette structure.

- **Guides de pratique clinique**

Aucun effort coordonné et normalisé vers l'élaboration de guides de pratique clinique n'a été entrepris au Nouveau-Brunswick. Il n'existe donc pas de base normalisée permettant d'orienter les prises de décisions cliniques ou l'utilisation des ressources. La pratique peut ainsi différer d'une

personne à l'autre et d'une région à l'autre. Certains ont tiré profit des lignes directrices accessibles dans Internet, qui ont été élaborées dans d'autres juridictions à travers le Canada; ils s'en sont servis pour guider leur propre pratique.

Il est notoire que l'application méthodique d'une pratique reposant sur des résultats scientifiques entraîne de meilleurs résultats, comme le prouvent ceux mesurés de mortalité due au cancer et de survie. Bien qu'il soit inutile, pour le Nouveau Brunswick, de « réinventer la roue », la province devrait créer une structure par laquelle il serait possible de procéder à un examen et à une adaptation des lignes directrices élaborées ailleurs, et de les rendre appropriées pour une application conforme dans toute la province. Le Nouveau-Brunswick n'a tout simplement ni la profondeur ni la diversité qui lui permettraient de créer ces guides, à partir du début, dans la province. En fait, il serait inutile de procéder ainsi étant donné que le « monde de l'oncologie » se sert de ces mêmes preuves pour élaborer les lignes directrices. Il est également à noter que l'ACAPC et la SCLC ont joint leurs efforts en vue de créer une approche pancanadienne pour l'étude et l'adaptation des lignes directrices. Le Nouveau-Brunswick devrait participer à ce processus en créant un groupe provincial et un chef de file–associés tous deux au cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer et à cet effort pancanadien.

- **Soins palliatifs**
  On connaît plusieurs réalisations positives dans le domaine des soins palliatifs tant au Canada qu'au Nouveau-Brunswick, mais des problèmes subsistent encore. La SCLC a identifié les soins palliatifs comme étant l'une de ses priorités et son Groupe d'action sur la recherche a classé les soins palliatifs comme une première priorité. Le Canada a adopté des normes nationales pour les soins d'hospice palliatifs et ces normes sont appliquées pour guider le développement de ces soins dans tout le pays. Il existe cependant au Canada un grand nombre de besoins non satisfaits en matière de soins palliatifs. La moitié des malades atteints de cancer vont mourir en dedans de cinq ans et ils doivent avoir accès à ce genre de services. Pourtant, seulement 15 à 25 % des patients ont accès à des programmes et 5 % seulement obtiennent l'expertise médicale dont ils ont besoin.

  Le Nouveau-Brunswick a quelques unités de soins palliatifs dans les grands hôpitaux ainsi que certains programmes bénévoles de soins palliatifs dans certaines régions de la province, ces derniers étant qualifiés par certains de « lacunaires ». Une association provinciale des soins palliatifs existe et quelques très bonnes réalisations ont été menées dans la Région 2 qui pourraient être généralisées et faire partie d'un système provincial. Il n'en demeure pas moins des lacunes et des problèmes dans le domaine des soins palliatifs et notamment :

  - Une base de connaissances, relativement insuffisante, chez les fournisseurs de soins comme chez le public.
  - Une plus grande importance accordée à la guérison que celle accordée aux mourants et à leurs familles.
  - Un accès limité et une mauvaise coordination.
  - Une capacité limitée.
  - La nécessité d'un soutien plus marqué aux aspects liés aux derniers moments de la vie et à l'aide aux personnes endeuillées.
  - La nécessité d'accroître l'éducation, la formation et l'assistance en ce qui concerne les bénévoles.
  - La nécessité d'une meilleure intégration avec les autres éléments du programme de lutte contre le cancer.
  - Le besoin d'une orientation plus rapide.

- La nécessité de normes provinciales dans le domaine des soins palliatifs ainsi que dans celui de la gestion de la douleur et des symptômes.

En dehors de l'Association de soins palliatifs, il n'existe aucune structure provinciale pour élaborer ou adopter des normes, réaliser la coordination ou établir des liens avec les autres éléments d'un système de lutte contre le cancer. L'absence d'une telle structure constitue également un sérieux handicap pour l'élaboration de politiques ainsi que pour la mise sur pied d'une planification provinciale coordonnée permettant de satisfaire les besoins croissants en matière de soins palliatifs. Il faut mettre en place au Nouveau-Brunswick un groupe provincial de soins palliatifs relié dans un cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer. Nous suggérons que, à l'instar de la SCLC, les soins de soutien et l'oncologie psychosociale fassent également partie d'une telle structure. Ceci aiderait également à mieux se rattacher au Groupe d'action réorientation des efforts de la SCLC qui est organisé d'une façon similaire.

- **Processus de prestation des soins**

Les aspects caractéristiques des soins ont été traités dans d'autres sections de ce rapport. La présente section porte surtout sur la coordination générale des soins depuis le point d'entrée, les déplacements à l'intérieur du système, et les soins de suivi dispensés dans la communauté. Les malades et les prestataires de soins ont exprimé le point de vue selon lequel les soins sont valables lorsque les malades sont finalement admis dans un centre de traitement du cancer et que le suivi à l'aide des programmes extra-muraux est également satisfaisant. Nous avons toutefois relevé plusieurs questions essentielles :

- Les soins ne sont pas systématiques et sont fragmentés.
- Les soins et les pratiques diffèrent d'un médecin à l'autre et entre les régions.
- Les soins dépendent beaucoup des personnes et de leur base de connaissances propre.
- Le rôle des médecins de famille dans le processus général des soins n'est pas bien défini dans les domaines comme la détection, le diagnostic, le traitement, l'orientation et le suivi.
- Les malades se retrouvent isolés des médecins de famille qui ne se sentent pas toujours admis dans le « circuit » de communications.
- Il n'y a pas de remboursement pour les frais de déplacements et certains malades connaissent des temps de déplacement prolongés pour des traitements qui sont parfois assez courts.
- Les renseignements venant appuyer des prises de décision éclairées pour les patients et les familles ne sont pas homogènes.
- Les recommandations d'aiguillage ou d'orientation dépendent des tendances des médecins plutôt que des besoins du malade.
- Le temps manque pour aborder les questions psychosociales et les groupes de soutien ne sont pas constamment disponibles ou ne font pas preuve d'une approche uniforme à travers la province.
- Les malades comme les médecins ne savent souvent pas où aller ni comment « naviguer » à travers le système.
- Les rôles et responsabilités, de même que les niveaux de soins ne sont pas définis avec précision.
- Certains ont exprimé le besoin de centres d'excellence en plus des sites d'intérêt selon le type de cancers majeurs. La notion d'un certain degré de centralisation soulève des appréhensions quant aux restrictions qui seraient imposées à l'étendue des soins dans certaines régions, et quant aux conflits avec la notion « plus près de chez soi ». La question des soins dans la collectivité selon des normes de pratique demande à être

résolue, et il faut trouver un équilibre approprié qui vienne à l'appui de soins uniformes basés sur des résultats scientifiques. Cela réclame un certain degré de centralisation, mais également des liens étroits et des informations fondées sur les résultats pour les collectivités.

Au cours de l'étude, plusieurs solutions ont été envisagées dont notamment :

* La mise en place d'un système de navigation ou d'intervenant pivot pour les malades.
* La fourniture de renseignements cohérents aux malades et aux prestataires de soins, au sujet des processus de soins et des normes et lignes directrices basées sur les résultats.
* La création d'un réseau de cliniques mobiles dans différentes régions de la province.
* La création de sites selon le type de cancers majeurs et reliés aux différents fournisseurs de soins à travers la province.
* Une définition précise des rôles et responsabilités de tous les niveaux de soins et prestataires de soins dans tout l'ensemble du système et de la façon dont ils sont reliés.
* L'établissement d'un nouveau modèle de prestation des soins primaires qui soit pluridisciplinaire, axé sur le patient et relié clairement aux autres niveaux du système de lutte contre le cancer.
* La création de centres de santé communautaires complets et situés en des endroits stratégiques, qui pourraient servir comme point central ou point de pivot pour de nombreux éléments de lutte contre le cancer, de la prévention aux soins palliatifs. Ces centres pourraient devenir une ressource de coordination locale pour les malades et les prestataires de soins primaires, reliant efficacement ces derniers avec les autres niveaux; ils pourraient également devenir le point de contact central des renseignements sur tous les aspects de la lutte contre le cancer. De tels centres agiraient également comme « port d'attache » pour les malades qui se déplacent à l'intérieur du système de santé.

Toutes ces solutions, et il en existe peut-être d'autres, sont intéressantes. Ce domaine des soins primaires devrait être abordé dans son intégralité dans le cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer par la création d'un groupe spécialement chargé d'analyser cette question. Un tel groupe pourrait également assurer un lien efficace avec les autres perspectives de réforme des soins de santé primaires pour le cancer au Canada, et on pourrait par ailleurs le lier au programme communautaire de conférences semestrielles ordinaires de la lutte contre le cancer de l'ACAPC. La création de deux comités consultatifs régionaux de lutte contre le cancer bénéficiant d'un soutien administratif adéquat pourrait constituer l'outil de coordination pour la mise en œuvre des changements dans les processus de soins.

7.0 LA SOLUTION – UN CADRE PROVINCIAL D'IMPUTABILITÉ DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Ce chapitre du rapport décrit la solution proposée. Il comprend les principes, l'objectif global (mandat et vision) du système ainsi que diverses options. Un nombre limité d'options ont été définies, et nous présentons ci-après les avantages et inconvénients de chacune en fonction des principes établis. Nous décrirons ensuite plus en détail une option recommandée ou privilégiée.

7.1 Principes

La très vaste expérience acquise dans l'élaboration de systèmes de lutte contre le cancer est aujourd'hui disponible à tous les chercheurs et permet d'orienter le développement d'un cadre d'imputabilité pour le Nouveau-Brunswick. Même si de nombreux pays dans le monde ainsi que plusieurs provinces canadiennes ont encore beaucoup à faire, on a déjà tiré nombres d'enseignements qui ont permis de se faire une idée des facteurs critiques pour la réussite d'un système de lutte contre le cancer. La documentation publiée sur ce sujet aide également à connaître les éléments les plus importants pour obtenir les meilleurs résultats possibles dans cette lutte. Ces sources d'information, ainsi que les entrevues tenues avec les parties intéressées au Nouveau-Brunswick, ont mené à la définition des principes suivants :

- Il faut définir clairement le mandat, la vision et l'objectif global du système, qui seront soutenus et compris de tous, et serviront de base à la planification. Un mandat, une vision et un objectif seront proposés et décrits plus loin.
- Il est important d'établir un seul système organisé de lutte contre le cancer qui sera unifié, intégré, à plusieurs échelons et clairement relié à tous les niveaux du système. Il permettra la mise en application cohérente des normes (notamment les normes d'exercice professionnel) et des guides de pratique clinique de façon à assurer une prestation de services uniforme et normalisée à l'échelle locale et régionale. Le système doit être intégré sur le plan vertical et horizontal, puis déployé au moyen d'une approche à la fois descendante et ascendante. En outre, il est essentiel de reconnaître l'importance des masses critiques et des centres d'excellence.
- Le système devra se fonder sur les besoins des patients et être bien coordonné dès le point d'entrée et, par la suite, à tous les niveaux de soins et de suivi. Des renseignements doivent être communiqués en temps utile pour faciliter la prise de décisions éclairées de la part des patients, de leurs familles et des fournisseurs de soins.
- Il faudrait mettre en place un processus éprouvé pour élaborer une stratégie provinciale (y compris les buts et objectifs) fondée sur les résultats et respectant les étapes essentielles définies suite aux expériences des pays de l'OCDE, telles qu'elles sont décrites dans ce rapport. Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que la planification de la lutte contre le cancer doit être examinée sur une vaste échelle, sans oublier que les différents éléments de cette lutte sont interdépendants. La planification doit englober les programmes, les installations, les immobilisations et les ressources humaines. Ces éléments doivent être bien coordonnés et mis en place par étapes.
- Il faudrait reconnaître que la lutte contre le cancer est un processus précis – de la recherche, aux politiques, à la pratique – et que les activités doivent être fondées sur cette considération à tous les niveaux. En bref, la création de politiques et programmes doit être déterminée par les données et les preuves recueillies grâce à la recherche et à la surveillance globales. En outre, la surveillance soutiendra l'analyse et l'évaluation des résultats à tous les niveaux du système. Le cadre de l'Institut national du cancer du Canada (INCC) au niveau des prises de décisions dans la lutte contre le cancer permet de bien représenter ce processus, comme l'illustre la figure 1.

- Le programme de lutte contre le cancer devrait comprendre un éventail très large et inclure tous les éléments reconnus de lutte contre le cancer : dépistage, diagnostic, traitement, réadaptation et soins palliatifs. Il faudrait également reconnaître que tous ces éléments sont reliés et interdépendants et prévoir, pour les aborder efficacement, le soutien des meneurs d'action comme la recherche, la surveillance, les ressources humaines, la technologie et la planification.
- Le leadership en général du système ainsi que les rôles et responsabilités à tous les niveaux devraient être clairement définis et compris de tous.
- Le programme devrait être à caractère provincial et relever directement de la sous-ministre. Il doit également être bien coordonné avec les secteurs d'activité pertinents du ministère de la Santé et du Mieux-être.
- Le système devrait comprendre un mécanisme de mesure du rendement qui correspond aux cadres provinciaux et canadiens éprouvés de la lutte contre le cancer, et qui reste capable d'aborder les principaux éléments de cette lutte. Ce processus servirait aussi de base à la définition d'objectifs de rendement.
- Le programme doit être caractérisé par l'équité en matière d'accès, de financement, de diversité culturelle et du droit des patients à recevoir des soins dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, les patients devraient être bien informés sur les questions d'accès et de compétences spécialisées afin de choisir la langue dans laquelle ils souhaitent recevoir des soins en ayant pleinement conscience des différences caractérisant le système. Par exemple : si les patients préfèrent recevoir des services dans une langue particulière, mais que l'accès aux soins est plus rapide dans l'autre langue, il faudrait les en informer et leur donner la possibilité de choisir.
- Bien qu'il soit souhaitable d'administrer les soins à proximité du domicile du patient, cet objectif doit être pondéré par la nécessité de normes uniformes en fonction du volume de patients et de la disponibilité des compétences particulières dans plusieurs spécialités interdépendantes.
- Le programme devrait être transparent et inclusif, et il faut reconnaître qu'il est impossible, pour une seule organisation de « tout faire » à elle seule. Un large éventail d'intervenants, notamment des survivants et des organisations non-gouvernementales (ONG), devraient également participer à ce processus.
- Il faudrait respecter le système actuel des régies régionales de la santé (RRS) du Nouveau-Brunswick dans l'élaboration des mécanismes de coordination efficace en plus d'obtenir la participation des principaux chefs de file régionaux.
- Le système devrait être de la meilleure qualité possible tout en étant rentable et comparable à d'autres provinces et territoires du Canada au niveau des résultats obtenus.
- Il faudrait respecter le rapport et les priorités publiés en 1998 par le Comité consultatif provincial sur les services de lutte contre le cancer.
- Il faudrait créer un maillage solide dans la région de l'Atlantique, ainsi qu'aux niveaux interprovincial et national. Ce maillage comprendrait les associations professionnelles, l'ACAPC et la SCLC.

Figure 1 : Comment réduire le fardeau du cancer

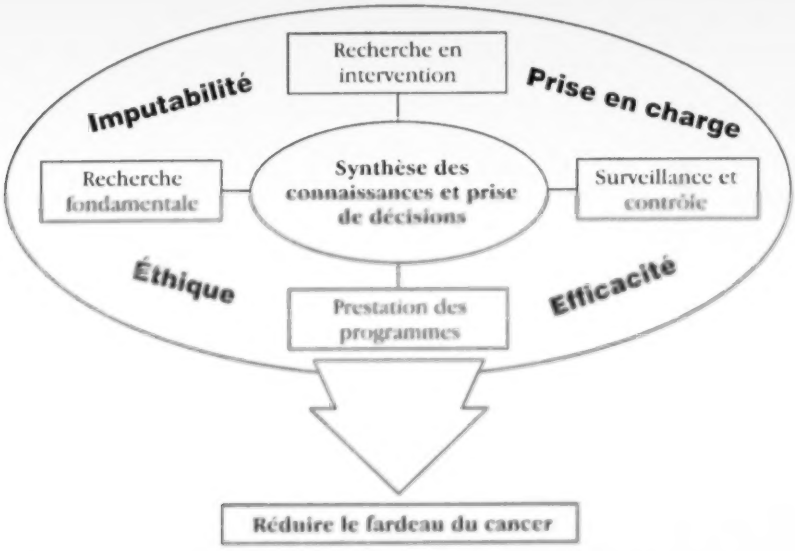


Fig. 1 : Cadre de lutte contre le cancer de l'Institut national du cancer du Canada (INCC), montrant les cinq catégories dans lesquelles sont réparties les activités. Quatre grands principes régissent le tout. La catégorie du centre représente l'objectif unificateur de cette lutte : réduire le fardeau du cancer.

7.2 Mandat et objectifs

Afin de préparer le terrain pour cette structure, il est essentiel de définir et de comprendre ce que l'on doit atteindre. Quels sont les buts et objectifs du haut niveau à atteindre? Le présent document ne vise pas à entrer dans les détails– il incombe au nouveau leadership de le faire – mais cherche simplement à mettre l'accent sur l'importance de ce système et à fournir quelques exemples.

Les résultats mesurables souhaités pour ce système sont ceux qui caractérisent généralement tout système organisé de lutte contre le cancer. Il sont de :

- réduire l'incidence du cancer;
- réduire la mortalité due à cette maladie et améliorer les chances de survie;
- améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du cancer.

Cela signifie généralement qu'il faudrait atteindre des objectifs tels que :

- réduire le risque de développer le cancer;
- poser des diagnostics précoces;
- fournir des soins cohérents, axés sur les patients et fondés sur les résultats.

En s'inspirant des principes cités plus tôt, d'autres objectifs à atteindre pourraient comprendre :

- la lutte contre les inégalités en assurant l'équité en matière de prestation et d'accès aux soins;
- une approche intégrée à la planification et à l'amélioration de tous les éléments de lutte contre le cancer;
- la prestation de services comparables de grande qualité et rentables;
- la pratique fondée sur les résultats grâce au soutien par le professionnel approprié et aux soins basés sur les

meilleures normes possibles;

- la reconnaissance de la diversité culturelle et linguistique;
- la participation des patients et de tous les intervenants ou parties intéressées ;
- la collaboration et l'engagement dans l'ensemble du système.

La nouvelle structure pourrait avoir pour but de :

- superviser l'élaboration, la mise en place et l'évaluation du plan ou de la stratégie de lutte contre le cancer;
- assurer la coordination et la mise en œuvre intégrée des plans;
- conseiller et informer le gouvernement et tous les intervenants sur les questions liées à la lutte contre le cancer;
- servir de mécanisme assurant la coordination des efforts de lutte contre le cancer avec l'ensemble du système de santé provincial, ainsi que les activités de lutte contre le cancer à l'échelle du Canada.

7.3 Options

Comme nous l'avons déjà mentionné, il existe peu d'options à considérer. Toutefois, certaines options offrent le choix entre différentes approches à adopter, il s'agit en fait d'options à l'intérieure d'options ou de sous-options. Les principaux éléments d'une option peuvent également être déplacés vers une autre option. L'essentiel est de s'assurer que l'ensemble est cohérent et conforme aux principes définis plus tôt. Nous présentons ci-après quatre options ainsi qu'un bref commentaire sur les avantages et inconvénients de chacune. L'option privilégiée sera décrite très en détail par la suite.

La gamme des options comprend à une extrémité, la conservation du statu quo et à l'autre extrémité, la création d'une agence provinciale complète de lutte contre le cancer; entre les deux, deux options intermédiaires sont proposées.

7.3.1 Option 1 – Le statu quo

Cette option propose de conserver la structure actuelle du Comité directeur de lutte contre le cancer, soutenu par le personnel actuellement en place au ministère de la Santé et du Mieux-être. Cette option pourrait être renforcée par la création de sous-groupes chargés de gérer les priorités du Groupe d'action sur les services de lutte contre le cancer et de répondre aux demandes d'approbation des nouvelles initiatives proposées par les régions. Bien qu'elle permette de conserver le système actuel des RRS, cette option répond sans efficacité aux principes cités plus tôt, ne procure au Nouveau-Brunswick aucun moyen de progresser de façon opportune, et empêche le N.-B. de suivre les autres initiatives canadiennes et internationales. Évidemment, s'il s'agissait d'une option souhaitable, il est peu probable que des consultants auraient été retenus pour proposer un cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer. Cette option n'est donc pas recommandée.

7.3.2 Option 2 – Création d'une agence de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick

Cette évaluation fournit la description des différents modèles en place dans l'ensemble du Canada. Huit des dix provinces canadiennes disposent déjà d'une agence provinciale de lutte contre le cancer. Ces agences diffèrent légèrement par leur portée, leur rôle dans l'affectation des ressources et leur niveau de décentralisation. Elles présentent toutefois plus de points communs que de différences et, à mesure qu'elles évoluent, développent davantage d'éléments communs. Les agences les plus développées relèvent d'un corps dirigeant (dans son sens le plus complet) : un directeur général appuyé par une équipe de direction diversifiée de lutte contre le cancer. Ensemble, ils sont responsables d'un programme provincial comprenant tous les aspects de la lutte contre le cancer, de la prévention aux soins palliatifs. Ces responsabilités comprennent la direction et la gestion des centres spécialisés de lutte contre le cancer, des programmes de

dépistage, des registres, de la recherche, des unités de services oncologiques communautaires et, dans certains cas, des programmes provinciaux de radiothérapie et de thérapie systémique, ainsi que les réseaux provinciaux de coordination axés sur la réadaptation, les soins palliatifs, l'oncologie chirurgicale et l'oncologie communautaire. Ce rôle comprend la responsabilité à l'égard des normes et des guides de pratique clinique. Les responsabilités pour combler ces postes sont prévues et décrites par une loi sur le cancer ou une autre législation habilitante, et le ministère de la Santé et du Mieux-être finance directement l'agence. Toutefois, cela exclut le financement des soins hospitaliers (oncologie chirurgicale, soins aux patients hospitalisés), des soins primaires, des services de diagnostic et des soins palliatifs. Le rôle d'une agence au niveau de la prévention du cancer s'inscrit généralement dans le cadre d'une plus vaste initiative provinciale.

Avantages

- L'élaboration d'une agence complète de lutte contre le cancer permettrait d'aligner le Nouveau-Brunswick avec la plupart des autres provinces canadiennes qui ont presque toutes connu le succès, si l'on se fie aux résultats positifs de baisse de mortalité due au cancer et des taux de survie. Cela permettrait également de positionner de façon plus efficiente le Nouveau-Brunswick au sein de l'ACAPC et de la SCLC, facilitant la mise en œuvre de diverses initiatives canadiennes de lutte contre le cancer. Cette option répondrait par ailleurs à la plupart des principes définis.

Inconvénients

- La mise en œuvre d'une agence totalement fonctionnelle de lutte contre le cancer représenterait un énorme changement pour le Nouveau-Brunswick et exigerait sans doute l'élaboration d'une loi spéciale sur le cancer ou l'élaboration d'une législation habilitante. Par ailleurs, selon cette formule, les responsabilités en matière de lutte contre le cancer relèveraient d'une autorité autre que le ministère de la Santé et du Mieux-être. Bien que le MSME pourrait continuer à participer partiellement aux activités de l'agence, cette participation serait plus lointaine et ne faciliterait pas la coordination avec le système actuel des RRS ou les secteurs d'activité du ministère. De par sa mise en place, cette agence poserait de nouveaux problèmes car elle se « séparerait » d'une partie de la structure, notamment de la coordination de son rôle avec les RRS, lesquelles maintiendront des responsabilités de direction à l'égard d'une partie importante de ce système. Ainsi, l'intégrité du système des RRS serait menacée et leur rôle d'autorité remis en question. De plus, il faudrait faire face au problème de l'ajout d'importantes ressources à cette structure – alors que la tendance est aux restrictions – et « recueillir » les ressources du système actuel pour les réaffecter à cette nouvelle agence provinciale de lutte contre le cancer.

  Malgré les avis partagés, il convient de se demander si, à présumer qu'elles n'existent pas déjà, des agences provinciales de lutte contre le cancer auraient été créées dans le contexte actuel. Elles ont été mises sur pied au cours des années 1930 à 1950, suite à la publication du rapport de la Commission Cody, qui soulevait des inquiétudes sur la sécurité des traitements de radiothérapie, les normes, l'importance de centraliser cette ressource et les coûts prévus. À cette époque, la régionalisation n'existait pas encore et la nécessité d'intégrer tous les aspects de la lutte contre le cancer et de la prestation des services n'avait pas encore été pleinement évaluée. Bien que les agences aient été maintenues et élargies en vue de répondre à ces défis, les récents progrès apparus dans le domaine de la direction et de la gestion des soins de santé (notamment les systèmes de prestation intégrés en fonction de la population et qui mettent l'accent sur la prévention des maladies et la promotion de la santé), soulèvent la possibilité d'adoption d'autres modèles qui seraient tout aussi efficaces, voire plus. Le modèle d'une agence de lutte contre le cancer n'est donc pas recommandé pour le Nouveau-Brunswick.

7.3.3 Option 3(a) - Un réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (à gestion intégrée)

Ce modèle comprend plusieurs caractéristiques d'une agence provinciale de lutte contre le cancer. Un réseau de lutte contre le cancer peut se définir comme un cadre structurel d'élaboration et de mise en œuvre d'un plan de lutte contre le cancer avec pour objectif de constituer un système uniforme de lutte contre le cancer fondé sur les résultats – dans ce cas, à l'échelle du Nouveau-Brunswick. Son but est de parvenir à diminuer l'incidence du cancer et la mortalité par cancer, d'augmenter les chances de survie et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes du cancer. Il prend en charge les plans, la stratégie, les politiques, les priorités, les normes et les lignes directrices, l'évaluation et l'analyse des résultats. Il coordonne la mise en œuvre et définit les rôles et responsabilités de toutes les composantes du système, depuis les soins primaires jusqu'aux soins tertiaires et vice versa. De par sa portée, un tel réseau englobe tous les éléments de lutte contre le cancer, de la prévention aux soins palliatifs, ainsi que les éléments facilitateurs, notamment la recherche, la surveillance, la dotation en équipement et les installations ainsi que les ressources humaines.

Ce réseau permettrait à la structure actuelle des RRS de réaliser les attentes de rendement au niveau de tous les éléments de lutte contre le cancer. Il contribue au regroupement d'un grand éventail d'intervenants et constitue un point de liaison central et rassembleur pour tous ceux qui participent à la lutte contre le cancer, y compris les fournisseurs de soins, les survivants, les organisations non-gouvernementales et le gouvernement.

Cette option exigerait :

- La nomination d'un chef de file provincial de lutte contre le cancer, relevant directement de la sous-ministre de la Santé et du Mieux-être. Ce chef de file devrait également être membre du conseil des directeurs généraux des RRS.
- La nomination d'une équipe de leadership provinciale, composée des chefs de file de chacun des éléments de lutte contre le cancer, y compris ceux des guides de pratique clinique et les facilitateurs. Chaque chef de file dirige un sous-groupe axé sur un élément précis de lutte contre le cancer, dont la portée est provinciale et qui nécessite l'élaboration de stratégies, d'un plan, de normes, d'une politique et de lignes directrices pour cet élément.
- La nomination d'un bureau de direction composé du chef de file du réseau provincial, des chefs de file des sous-réseaux et du secrétariat de lutte contre le cancer. Ce groupe serait chargé de coordonner la mise en œuvre du projet.
- La nomination de deux comités consultatifs des sous-réseaux de lutte contre le cancer dirigés par les deux principaux centres, responsables de la mise en œuvre et veillant à assurer un système de prestation uniforme, axé sur les patients et relié efficacement à toutes les régions.
- La nomination d'un conseil consultatif provincial de lutte contre le cancer relevant du ministre de la Santé et du Mieux-être. Cette structure comprendrait les survivants du cancer, les organisations non-gouvernementales (ONG), le gouvernement, les comités consultatifs régionaux et le chef de file du réseau provincial de lutte contre le cancer. Le conseil serait consultatif et non directeur, pouvant participer à l'élaboration du plan de lutte contre le cancer et au processus d'évaluation du progrès. Il s'agirait de l'unique point de contact pour tous les intervenants.

Ce modèle doit recevoir un soutien fondamental important du ministère de la Santé et du Mieux-être et il faudra augmenter les effectifs du personnel afin de créer un secrétariat solide et efficace. Il faudrait également prévoir un soutien financier pour le chef de file provincial du système, les chefs de file des groupes de lutte contre le cancer et un appui également pour les structures régionales. En somme, il s'agit d'un réseau intégré et soutenu.

Avantages

- Cette structure n'exige pas de législation particulière ni de virements budgétaires et elle ne menace pas l'intégrité du système des RRS – il pourrait, en fait, renforcer leur engagement à l'égard de la lutte contre le cancer.
- Plusieurs caractéristiques de ce réseau correspondent aux initiatives et objectifs provinciaux comme la pratique fondée sur les résultats, les contrats de rendement, les indicateurs de rendement. Il s'agit d'une approche globale à la prestation de services de santé qui est faite en fonction de la population.
- Il positionne le Nouveau-Brunswick de façon à créer des liens efficaces au sein des provinces atlantiques, à l'échelle du Canada, ainsi qu'avec avec l'ACAPC et la SCLC.
- Un système interdisciplinaire, inclusif, à la fois descendant et ascendant, il permet également de reconnaître l'importance de la diversité culturelle et linguistique.
- Sa mise en œuvre peut se faire de façon progressive, par étapes.
- Il répond à la plupart, sinon à la totalité, des principes énoncés dans la section 7.1.

Inconvénients

- Il s'agit d'une idée relativement récente au Canada et nous risquons de faire face à des problèmes imprévus. Ces problèmes pourraient être diminués en tirant profit des expériences internationales et de l'expérience des agences de lutte contre le cancer dont l'approche est semblable à celle-ci.
- Le manque de ressources humaines dans les principaux domaines de la lutte contre le cancer pourrait compromettre notre capacité à combler tous les postes de leadership.
- Bien que le budget prévu soit modeste par rapport aux autres provinces avec de telles agences, cela pourrait tout de même représenter un défi.
- Une fois en place, cette structure proposera sans doute de nouveaux développements en matière de lutte contre le cancer, exigeant des ressources qui dépassent les besoins définis par le cadre d'imputabilité proposé.

Option 3(b)

Il s'agit d'une variante de l'option 3(a). Outre les éléments déjà definis, y compris les comités consultatifs régionaux, ce système disposerait d'un conseil directeur responsable de tous les éléments de lutte contre le cancer (plans, politiques, normes, lignes directrices, contrats de rendement, évaluation, etc.), à l'exception de la prestation des services régionaux, qui relèveraient de la responsabilité des RRS. Cela signifierait toutefois que l'organisme directeur de lutte contre le cancer serait responsable d'un petit budget destiné aux fonctions provinciales (notamment certains programmes provinciaux). Bien que cette formule puisse être perçue comme donnant du poids ou une influence au système de lutte contre le cancer, elle aurait pour effet de diminuer la responsabilité du ministère de la Santé et du Mieux-être et risquerait de rendre difficile l'intégration avec les divers secteurs d'activité du ministère. Par ailleurs, la création d'un conseil supplémentaire risque de réduire l'engagement des RRS à l'égard du programme de lutte contre le cancer et donner l'impression que le problème « appartient à quelqu'un d'autre ». Les chercheurs estiment que ce système n'ajouterait pas de valeur appréciable, qu'il paraît même excessif et ne ferait qu'ajouter un conseil de plus aux trop nombreux conseils de santé déjà existant au Nouveau-Brunswick. La structure d'un conseil entraînerait également des coûts associés à son maintien et exigerait du temps supplémentaire.

7.3.4 Option 4 – Un réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (moins structuré)

Cette option est comparable à l'option 3, mais serait déployée à moins grande échelle. Les principaux éléments de l'option 3 seraient en place, mais plutôt que d'être un réseau intégré et soutenu, il s'agirait d'une structure reposant sur un comité consultatif et dotée d'un plus petit secrétariat. Certains secteurs qui seraient jugés prioritaires, recevraient des ressources pour leur mise en œuvre.

À certains égards, ce système ressemblerait à celui de la SCLC au niveau de sa structure et de son secrétariat. La SCLC a souffert d'un manque de soutien au niveau de la mise en œuvre, et ce modèle subirait sans doute le même sort au Nouveau-Brunswick. Cela étant dit, cette option présenterait tout de même quelques avantages, dont notamment :

- elle exigerait moins de ressources;
- elle pourrait être mise en œuvre de façon progressive;
- elle pourrait, au fil du temps, évoluer vers une option 3 (a) complète.

Parmi les inconvénients, mentionnons ce qui suit :

- le fait de mettre l'accent sur certains secteurs risque de fragmenter le système et ne tient pas compte de l'interdépendance des éléments de lutte contre le cancer;
- le rythme des progrès serait lent, comme dans le cas de la SCLC.
- les intervenants risquent d'être frustrés et désillusionnés par les efforts et le temps consacrés à ce projet;
- cette option serait perçue comme un engagement moins significatif;
- il serait trop « passif » pour accorder une orientation suffisante aux RRS;
- le Nouveau-Brunswick continuerait à prendre du retard sur le reste du Canada au niveau des résultats obtenus.

Les chercheurs ne recommandent donc pas cette option.

7.4 Option privilégiée – Un réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer à gestion intégrée

7.4.1 Introduction

Nous avons déjà donné un aperçu général de cette option. Ce qui suit est donc la description plus détaillée de chaque composante du réseau et de sa structure. Les éléments du réseau ont été élaborés de façon à répondre aux besoins et développements uniques du Nouveau-Brunswick, en tenant compte des services actuels de lutte contre le cancer et de la structure actuelle du système de santé. Les chercheurs se sont également fondés sur l'expérience et les pratiques exemplaires à l'échelle du Canada et sur le plan international.

7.4.2 Structure d'ensemble

La structure d'ensemble du réseau proposé est illustrée dans les figures 2, 3 et 4. La figure 2 présente les principaux éléments du cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick. Outre ces éléments, la figure 3 présente la structure du ministère de la Santé et du Mieux-être, ainsi que les relations au sein de la région de l'Atlantique et à l'échelle du Canada. La figure 4 montre la structure du soutien administratif de l'ensemble du réseau. Une meilleure définition serait celle d'un réseau à gestion intégrée englobant des sous-réseaux consacrés aux divers aspects de lutte contre le cancer afin d'assurer la coordination et l'intégration de la prestation de services. L'expression « à gestion intégrée » est utilisée en connaissance de cause pour souligner l'importance d'établir un rôle d'appui de leadership et de soutien administratif et de gestion au sein d'un système structuré. Cela s'oppose à un réseau peu ou moins bien structuré qui ne dispose pas d'un soutien de gestion suffisant, et dont l'efficacité, basée sur l'expérience d'autres juridictions, ne s'est pas avérée optimale. Si le Nouveau-Brunswick décidait de retenir l'option de réseau à gestion intégrée, ce réseau pourrait être désigné par l'un des noms suivants :

- Réseau de contrôle du cancer au Nouveau-Brunswick (RCCNB);
- Soins du cancer au Nouveau-Brunswick (SCNB);

- Programme de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick (PLCCNB);
- Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC).

Bien entendu, il existe d'autres appellations possibles, mais, aux fins du présent rapport, les chercheurs ont choisi de nommer cette option Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC). Le terme « contrôle du cancer » a été évité, car certaines personnes estiment qu'il détient une connotation négative. L'expression « soins du cancer » est elle aussi évitée car elle tend à limiter la portée du projet. Le nom proposé est simple, unique au Canada et suffisamment descriptif. Quelles sont donc les composantes de ce système? Quels sont leurs rôles respectifs et comment s'agencent-elles pour constituer le RNBLC?

Figure 2 -
Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer

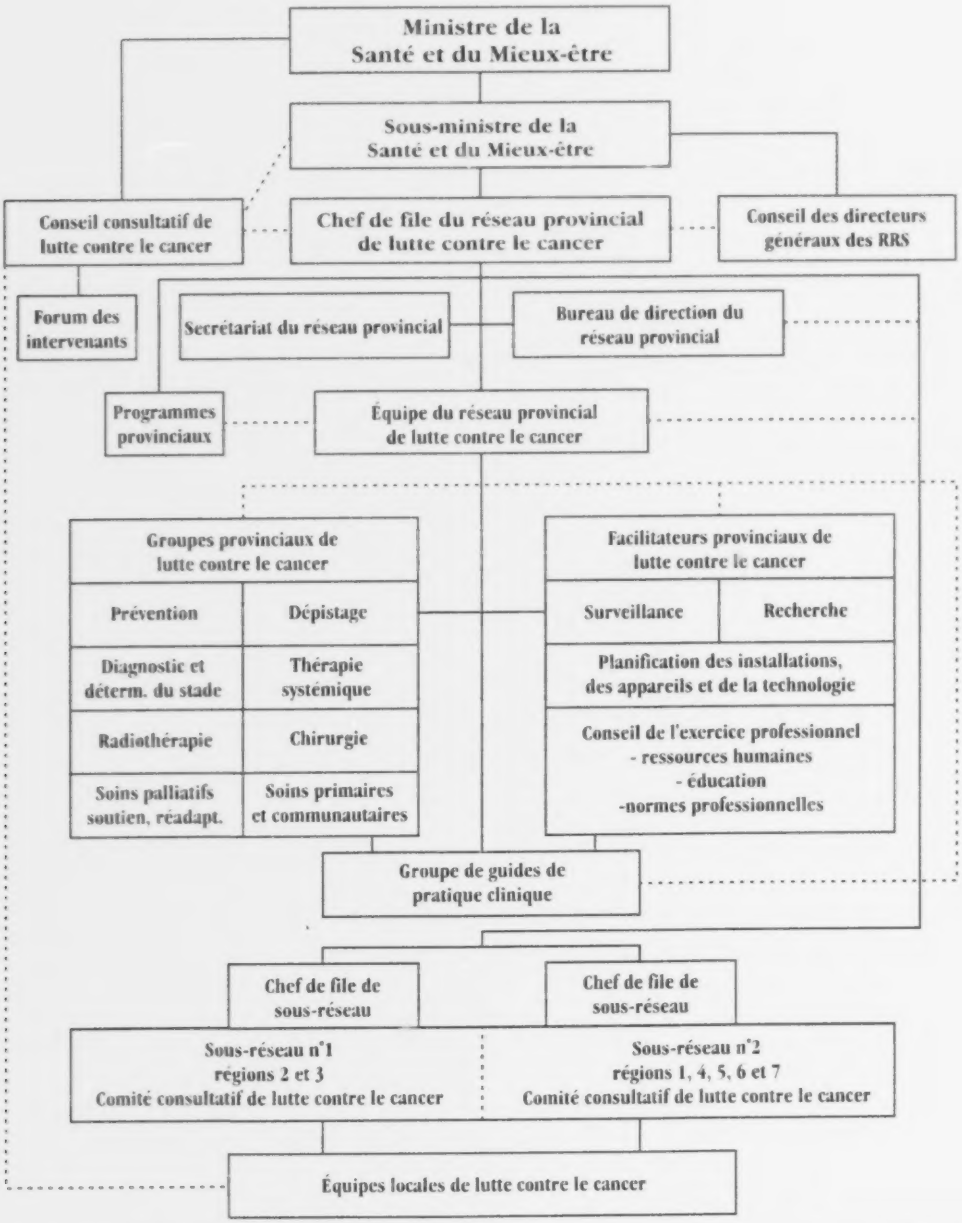


Figure 3 -
Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer. Relations avec les provinces atlantiques et le Canada

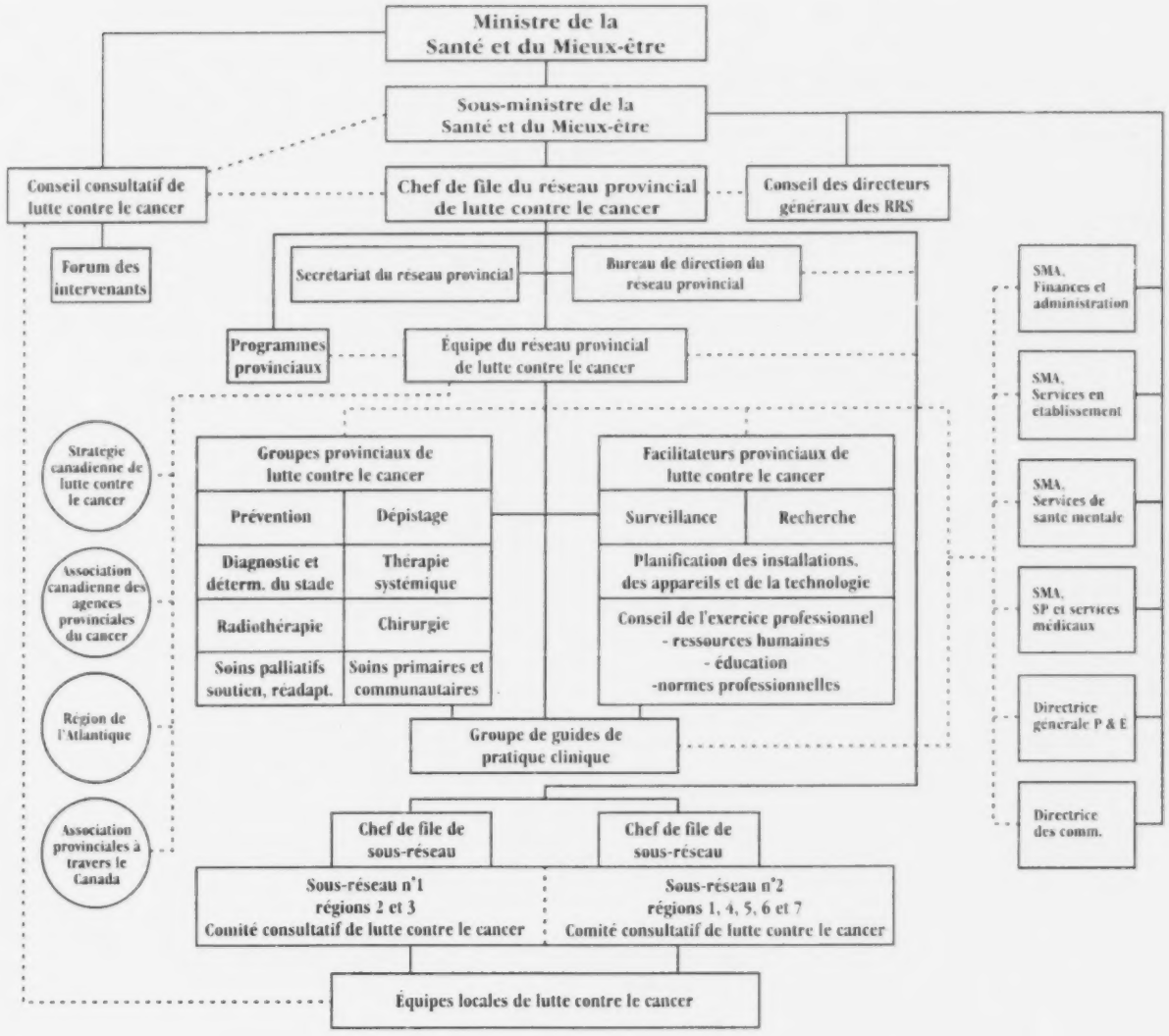
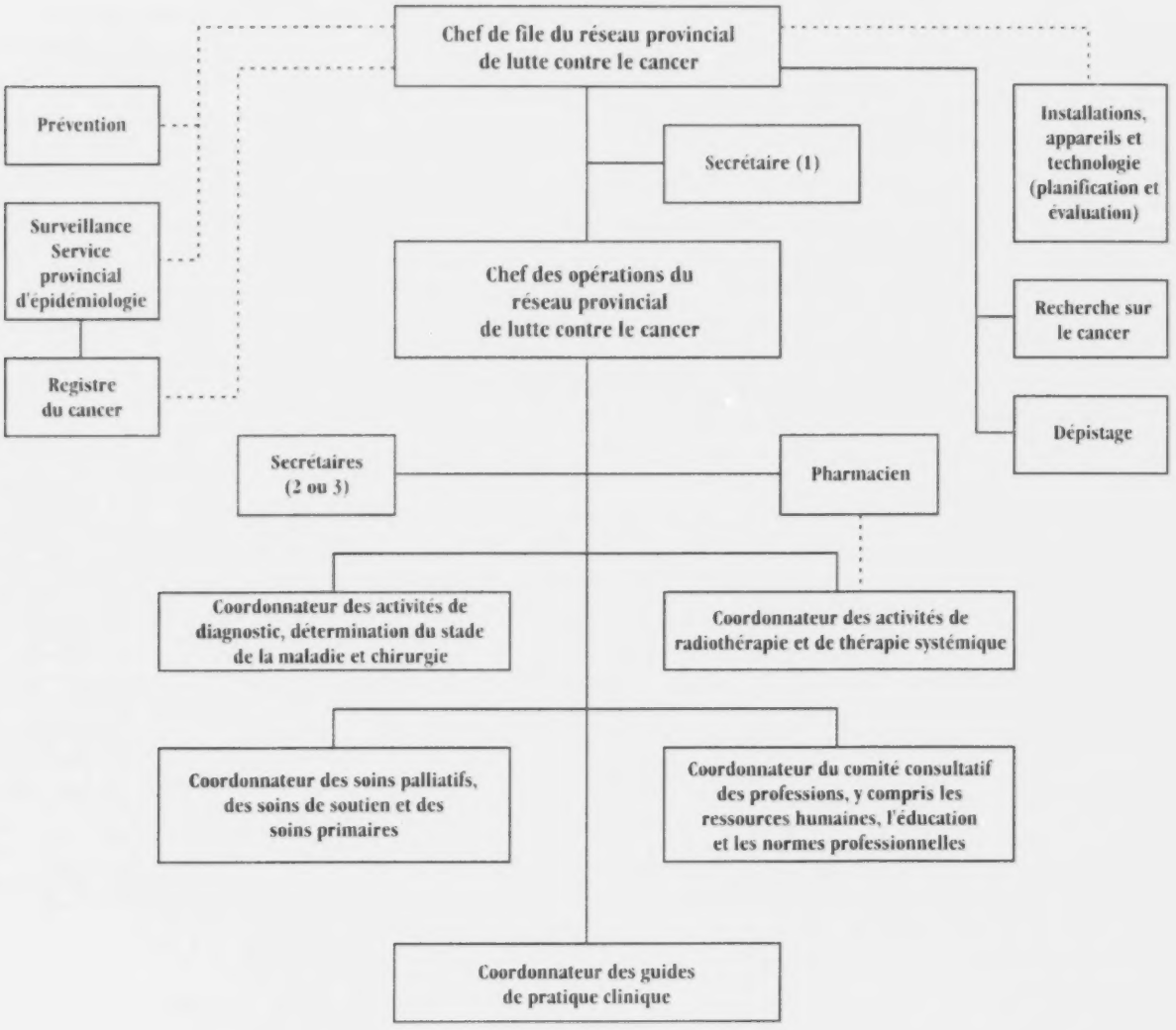


Figure 4 -
Structure du secrétariat et du soutien administratif du réseau



7.4.2.1 Chef de file du réseau provincial de lutte contre le cancer

Le titulaire de ce poste significatif au sein du RNBLC celui du « visage » reconnaissable de la lutte contre le cancer – agit comme directeur général du système. Ce rôle est comparable à celui des directeurs des autres agences et programmes provinciaux de lutte contre le cancer au Canada, mais il s'inscrit dans le cadre d'un système de réseau plutôt que dans un système d'agence. Ce chef de file doit posséder de solides connaissances et une vaste expérience en matière de lutte contre le cancer, ainsi que d'excellentes compétences en oncologie afin d'apporter une grande crédibilité à ce poste au Nouveau-Brunswick, dans la région de l'Atlantique et auprès des organismes canadiens, de la SCLC et de l'ACAPC. Par ailleurs, il serait désirable que cette personne soit capable de diriger des projets complexes dans le domaine de la santé. Elle doit posséder les aptitudes nécessaires pour travailler auprès d'un groupe d'intervenants diversifié et fonctionner de façon interdisciplinaire.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être devrait assumer la responsabilité du réseau de lutte contre le cancer et assurer le financement et la mise en œuvre des programmes. Le chef de file devrait donc relever directement de la sous-ministre. Une telle formule soulignerait l'engagement des provinces et serait conforme au haut niveau de responsabilité qui caractérise les autres juridictions. La reddition de comptes à un niveau inférieur tendrait à témoigner d'un engagement moins grand et il en résulterait une perte d'efficacité.

Ce chef de file du réseau provincial doit être considéré comme l'équivalent d'un directeur général de RRS et devrait siéger au conseil des directeurs généraux des RRS.

Par ailleurs, le poste comprend la prise en charge générale du réseau de lutte contre le cancer, notamment le mandat, la vision et la stratégie du réseau, les programmes, les plans, la politique de lutte contre le cancer, les normes, les lignes directrices, la mesure du rendement, les contrats de rendement, la mise en œuvre et la gestion des relations avec tous les groupes et les intervenants. Le chef de file serait donc responsable :

- de tous les groupes consultatifs et les groupes d'action de lutte contre le cancer du réseau;
- des chefs de file des sous-réseaux;
- de l'équipe de leadership du réseau provincial de lutte contre le cancer;
- du secrétariat du réseau provincial de lutte contre le cancer;
- du bureau de direction du réseau;
- de la gestion des liens avec les divers secteurs d'activité du ministère de la Santé et du Mieux-être;
- des programmes provinciaux de dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin, du programme de thérapie systémique, ainsi que tous autres programmes qui seront élaborés;
- de travailler en étroite collaboration avec le conseil consultatif provincial de lutte contre le cancer et le groupe des directeurs généraux des RRS;
- du maintien des relations avec les responsables de programmes comparables de la région de l'Atlantique et de la représentation des provinces auprès des conseils de l'ACAPC et de la SCLC.

Ce rôle exigerait un engagement important en termes de responsabilités et de temps. Ce poste serait sans doute à temps plein au départ, mais une fois le réseau bien en marche, le temps accordé à la gestion pourrait diminuer. Il devrait donc être soutenu par un secrétariat bien organisé, qui comporterait un poste de dirigeant semblable à celui d'un chef des opérations.

7.4.2.2 Structure du secrétariat et du soutien administratif du réseau

La structure administrative du réseau vient appuyer le rôle du chef de file du réseau provincial ainsi

que les travaux des divers groupes des éléments de lutte contre le cancer, autres groupes d'action et groupes de guides de pratique clinique, en matière de lutte contre le cancer. Ce secrétariat serait composé du chef des opérations du réseau provincial de lutte contre le cancer, des coordonnateurs et des secrétaires. Afin de fournir un concept exhaustif du système et de définir les liens avec d'autres initiatives reliées à la lutte contre le cancer du ministère de la Santé et du Mieux-être, nous présentons également certains postes chargés d'activités telles que : prévention, surveillance, registre du cancer, planification des installations, des appareils et de la technologie et dépistage. La plupart de ces postes sont déjà financés (sauf le poste de recherche) et certains d'entre eux doivent être suppléés (au niveau de la surveillance, du dépistage et du registre).

7.4.2.2.1 Chef des opérations du réseau provincial de lutte contre le cancer

Ce poste relèverait du chef de file ou du leader du réseau provincial de lutte contre le cancer (CRPLC) et chapeauterait les coordonnateurs. Le titulaire de ce poste collaborerait étroitement avec le chef de file du réseau provincial afin d'appuyer le Conseil consultatif provincial, le bureau de direction et l'équipe de leadership du réseau. Ce titulaire devra coordonner l'élaboration des plans et budgets annuels, en plus d'être chargé de coordonner l'élaboration des contrats et des mesures de rendement en collaboration avec les secteurs d'activité du ministère de la Santé et du Mieux-être. Il s'agit d'un poste essentiel qui aura à soutenir la mise en œuvre de cette nouvelle structure provinciale.

7.4.2.2.2 Coordonnateurs

Il est recommandé de créer cinq postes de coordination pour soutenir les activités de tous les groupes de lutte contre le cancer incluant les groupes meneurs d'action et des groupes des guides de pratique clinique. Chaque coordonnateur se chargerait d'un ou plusieurs domaines et, de ce fait, soutiendrait le travail des chefs et les activités reliées de tous ces groupes de lutte contre le cancer. Cela comprendra l'analyse des politiques, buts, objectifs, programmes et mesures de suivi. Dans le cas de la thérapie systémique, s'il est décidé d'établir un budget provincial commun pour la chimiothérapie, il faudra engager au moins un pharmacien à temps plein, en plus des dispositions précédentes.

Les commentaires ou hypothèses qui suivent sont relatifs à d'autres secteurs représentés dans la figure :

- Le secteur prévention s'inscrit dans le cadre d'une initiative plus étendue, avec des ressources déjà en place au niveau provincial. Le chef de file de la prévention fera partie de l'équipe du réseau provincial de lutte contre le cancer. Les aspects de la prévention liés à la lutte contre le cancer relèveront du chef de file du réseau provincial.
- Grâce au Service provincial d'épidémiologie, une structure de surveillance est déjà en place et relève du ministère de la Santé et du Mieux-être. Le secteur dédié à la surveillance du cancer sera relié au chef de file du réseau provincial et à l'équipe de leadership du réseau. Un lien sera également établi avec la prévention du cancer et le registre du cancer pour la qualité, les éléments de données et l'élaboration d'informations stratégiques.
- Il faudrait créer trois autres postes équivalents à temps plein au niveau du Service provincial d'épidémiologie pour permettre l'élaboration d'informations stratégiques, l'évaluation et l'analyse des résultats.
- Le registre du cancer relèverait directement du chef de file du réseau provincial de lutte contre le cancer. Les besoins en formation du personnel seraient comblés afin de pouvoir enrichir les éléments de la base de données et les intégrer à d'autres bases de données.

- Bien qu'un poste de recherche ait été défini, il reste du travail à faire au niveau du plan de recherche provincial sur le cancer avant de pouvoir combler ce poste.
- Les ressources pour fin de planification des installations, des appareils et de la technologie sont déjà en place dans la Division de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et du Mieux-être.
- Dans le secteur du dépistage du cancer du sein, il faudrait réexaminer la proposition de créer un poste de coordonnateur à temps plein relevant du chef de file du réseau provincial de lutte contre le cancer. De plus, il faudrait créer un poste subventionné pour un chef de file médical, lequel pourrait présider le Comité provincial du service de dépistage du cancer du sein. Si la décision est adoptée de créer des programmes de dépistage du cancer du col utérin et du cancer colorectal, ces programmes ainsi que le programme de dépistage de cancer héréditaire devraient être intégrés à une structure provinciale unifiée de dépistage et relevant du chef de file du réseau provincial. Toutefois, il faudrait augmenter la structure de soutien si d'autres programmes de dépistage y sont incorporés.

7.4.2.2.3 Secrétaires

Ce plan propose la création de quatre postes de secrétariat supplémentaires. L'un d'eux assurerait le soutien administratif au chef de file du réseau provincial de lutte contre le cancer, au chef des opérations du réseau provincial, au Conseil consultatif provincial de lutte contre le cancer ainsi qu'a l'équipe de leadership et à l'équipe du bureau de direction du réseau provincial. Les trois autres postes constitueront une ressource partagée pour les divers groupes reliés aux éléments de lutte contre le cancer, groupes meneurs d'action et groupes des guides de pratique clinique (GPC) et pouvant fournir éventuellement un soutien au chef de file du réseau provincial et au chef des opérations du réseau pendant les périodes occupées.

7.4.2.3 Conseil consultatif provincial de lutte contre le cancer

Ce conseil serait un autre élément significatif de la structure à établir, relevant du ministre de la Santé et du Mieux-être et étroitement lié au chef de file du réseau et à la sous-ministre. Ces structures sont actuellement développées dans d'autres provinces ainsi que dans plusieurs pays de l'OCDE. Il ne s'agirait pas d'un organisme directeur mais plutôt, pour résumer, d'un mécanisme permettant de remplir les rôles significatifs suivants :

- créer un seul point central ou une coalition pour donner l'occasion à plusieurs intervenants ou parties intéressées de participer de façon coordonnée et unifiée;
- prodiguer des conseils sur les stratégies provinciales à propos de la lutte contre le cancer et évaluer les progrès accomplis;
- surveiller et assurer le suivi de la mise en œuvre des priorités de la SCLC et de l'ACAPC par la province;
- coordonner un plus vaste forum d'intervenants et de parties intéressées qui se tiendrait régulièrement (éventuellement tous les deux ans) afin d'obtenir une plus grande participation;
- assurer une approche coordonnée et cohérente à la participation du public et de la communauté.

Le conseil devrait adopter les valeurs suivantes relatives à la participation du public, telles qu'elles sont définies par l'International Association of Public Participation (association internationale pour

la participation du public). Ces valeurs sont :

- le public devrait avoir le droit de participer aux décisions portant sur des mesures qui se répercuteront sur sa vie;
- la participation du public peut influer sur la décision;
- le processus de participation du public cherche à faire participer les personnes pouvant être touchées et facilite leur participation;
- le processus de participation du public appelle les participants à définir leur mode de participation;
- le processus de participation du public indique aux participants de quelle façon leurs suggestions ont influé sur la décision;
- le processus de participation du public fournit aux participants l'information dont ils ont besoin pour participer de manière significative.

Le conseil consultatif devrait être constitué de patients et de survivants du cancer, d'organismes non-gouvernementaux (ONG) (p. ex. : la Société canadienne du cancer, la Fondation canadienne du cancer du sein, etc.) de bénévoles, d'autres groupes de partisans ou de défenseurs ainsi que de représentants des deux sous-réseaux, du ministère de la Santé et du Mieux-être et de la direction du réseau. La taille exacte du groupe serait déterminée en fonction de l'éventail de différents intervenants. Ce conseil devrait disposer d'un mandat précis, d'un processus de mise en candidature et de définition de ce mandat, ainsi que d'un mécanisme permettant de nommer le président et de déterminer la fréquence des réunions. Il pourrait être utile de s'inspirer de l'expérience de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, qui établissent actuellement ces structures. Enfin, ce conseil devrait être soutenu par le secrétariat.

7.4.2.4 Forum provincial d'intervenants

Un forum devrait être mis en place de façon à permettre aux intervenants de tous les niveaux de se rencontrer régulièrement pour s'informer des progrès accomplis et fournir leurs commentaires sur le fonctionnement du système. La planification de cette activité devrait relever du Conseil consultatif provincial de lutte contre le cancer. Il est suggéré de tenir ce forum tous les deux ans, avec une participation d'environ 100 à 150 personnes. Ce forum pourrait prendre la forme d'un atelier dirigé par un animateur, afin d'assurer la participation efficace et intégrée des intervenants quant aux dossiers essentiels.

7.4.2.5 Équipe du réseau provincial de lutte contre le cancer

Il s'agirait d'un groupe pluridisciplinaire de 14 à 16 membres, relevant du chef de file provincial et composé des dirigeants responsables des fonctions, des groupes d'action et des programmes reliés à la lutte contre le cancer, des deux chef de files des sous-réseaux et soutenu par le secrétariat. Le président du conseil consultatif provincial de lutte contre le cancer y participerait à titre d'observateur. À l'échelle provinciale, ce groupe ferait des recommandations sur les objectifs, buts, stratégies, programmes, plans, normes, politiques, lignes directrices et priorités en matière de lutte contre le cancer dans la province. Ces recommandations seraient présentées sous la forme d'un plan de développement pluriannuel, conjointement avec d'autres processus de planification du ministère de la Santé et du Mieux-être. Cette structure s'appuie sur un principe de lutte contre le cancer: « de la recherche à la politique à la pratique ». Ce groupe servirait également à coordonner et à intégrer les différentes fonctions reliées à la lutte contre le cancer en tenant compte de leur interdépendance. Il évaluerait les propositions provenant du domaine et établirait des recommandations, qu'il s'agisse de propositions venant des sous-réseaux ou des divers éléments facilitateurs ou de fonctions de lutte contre le cancer. D'autre part, il devrait être à l'écoute et tenir compte des suggestions du Conseil consultatif provincial et du Conseil des directeurs généraux des

RRS. Il participerait à l'élaboration des exigences précisées dans les contrats de rendement des régions, qui serviront de base à une attribution cohérente et équitable des ressources. Par ailleurs, il évaluerait régulièrement les mesures de rendement en fonction d'un cadre convenu et surveillerait les progrès au niveau de l'atteinte des objectifs de lutte contre le cancer.

7.4.2.6 Fonctions, facilitateurs de groupes et programmes provinciaux de lutte contre le cancer

L'équipe du réseau provincial de lutte contre le cancer est desservie par plusieurs sous-groupes pour chacune des fonctions, groupes d'action et programmes reliés à la lutte contre le cancer. En général, ils ont pour rôle de recommander des pratiques sécuritaires, des lignes directrices et des politiques, et aussi de proposer un plan pluriannuel pour répondre aux besoins dans leur domaine précis. Ce travail consiste notamment à établir des buts et des objectifs, ainsi qu'à évaluer le rendement. L'objectif est de fournir une base à l'attribution uniforme et équitable des ressources aux régions. Il faudrait établir des groupes d'action pour chacun des secteurs suivants :

- Prévention
- Dépistage
- Diagnostic
- Traitement
  - thérapie systémique
  - radiothérapie
  - chirurgie
- Guides de pratique clinique
- Soins palliatifs et soins de soutien
- Recherche
- Surveillance
- Soins primaires et communautaires
- Ressources humaines
- Planification des installations, des appareils et de la technologie
- Conseil de l'exercice professionnel (il devrait comprendre l'information et l'éducation)
- Programmes provinciaux

Chacun de ces groupes devrait être de nature interdisciplinaire et composer un réseau à l'échelle de la province. De plus, certains groupes devraient faire appel à la participation d'intervenants ayant des connaissances ou un intérêt particuliers dans le domaine – par exemple, la participation bénévole au niveau des soins de soutien et des soins palliatifs, ou encore, la participation de la Société canadienne du cancer au niveau de la prévention et de l'information. Ces groupes devraient également comprendre un représentant approprié des secteurs d'activité pertinents du ministère de la Santé et du Mieux-être. Par exemple, la Santé publique devrait faire partie du groupe responsable de la prévention, les coordonnateurs de la formation médicale devraient être compris dans les ressources humaines, ainsi que les consultants en ressources médicales et infirmières. La surveillance devrait inclure l'épidémiologiste provincial, ainsi qu'un représentant de l'analyse et de l'évaluation des programmes. Par ailleurs, les chefs de file de chaque groupe devraient être reliés aux initiatives pancanadiennes des associations professionnelles, de l'ACAPC et de la SCLC. Par exemple, le président du groupe d'action sur les GPC devrait être relié au projet conjoint de la SCLC et du groupe d'action sur les GPC. Le chef de file de la prévention devrait être relié au Groupe d'action sur la prévention de la SCLC. Le chef de file des soins palliatifs et des soins de soutien

devrait être relié au Groupe d'action rééquilibrage des interventions de la SCLC (qui comprend les soins palliatifs, l'oncologie psychosociale et les soins de soutien). Grâce à ces liens, le Nouveau-Brunswick pourrait bénéficier du travail accompli à l'extérieur de la province (tout en y apportant une contribution) et ne serait pas obligé de développer ou d'inventer de nouvelles normes. Par exemple, dans le cas des guides de pratique clinique (GPC), le Nouveau-Brunswick ne possède pas suffisamment de ressources concentrées pour disposer d'un grand nombre de sous-groupes spécialisés (tumeurs du sein, du poumon, du côlon et du rectum, de la prostate, lymphomes, etc.). Plutôt que d'élaborer et d'établir des lignes directrices selon le type de cancer, le Nouveau-Brunswick pourrait s'intégrer à une initiative canadienne plus globale et mettre en place un groupe provincial sur les guides de pratique clinique (GPC) à des fins d'adaptation (des lignes directrices élaborées ailleurs, d'approbation et de dissémination.

La portée de la présente étude ne permet pas de détailler chaque aspect de la lutte contre le cancer; toutefois, certains éléments méritent d'être examinés de plus près. Bien que ce rapport traite essentiellement du maillage de ce système, certains domaines pourraient faire l'objet de programmes, sous forme complète ou partielle. (Remarque : Il faut faire la distinction entre un programme provincial complet et un service unique provincial tel qu'un service spécialisé dispensant des traitements de curiethérapie pour le cancer de la prostate.)

Programmes provinciaux

Le programme de services de dépistage du cancer du sein est fonctionnel et bien établi. Il serait donc possible de créer un programme complet semblable au niveau provincial pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, par exemple. Il a également été suggéré d'établir un programme provincial de gynéco-oncologie, mais l'équipe de l'étude est d'avis que ce programme devrait faire partie d'un réseau provincial d'oncologie chirurgicale plutôt que d'être structuré comme un programme provincial. Dans le domaine de la thérapie systémique, certaines provinces ont accompli des progrès en mettant en place un programme provincial complet qui comprend toutes les spécialités ou disciplines (oncologie médicale, pharmacie et soins infirmiers) et avec un seul budget provincial de chimiothérapie. Ce programme est fondé sur des données basées sur les résultats et sur une normalisation des protocoles et des pratiques sécuritaires. Dans cette optique, il existe trois options possibles pour le Nouveau-Brunswick :

- un réseau simple de normes, lignes directrices, protocoles et pratiques sécuritaires servant de base à la détermination du rendement et à l'allocation des ressources au niveau régional;
- le réseau ci-dessus, ainsi qu'un seul budget provincial commun pour la chimiothérapie;
- le réseau ci-dessus, ainsi que l'intégration complète du personnel grâce à un budget provincial de dotation pour les disciplines clés allouées dans les régions.

La nécessité de mettre en œuvre la première option et de sérieusement examiner la deuxième semble évidente. Même dans le cas de normes provinciales, il risque d'y avoir des variations au niveau régional, ce qui entraînerait des inégalités et une utilisation déséquilibrée d'une ressource de plus en plus coûteuse. Ainsi, un programme provincial complet, tel que défini à l'option 3, n'est probablement pas nécessaire.

Diagnostic

Au niveau du diagnostic, il faudrait porter attention à la pathologie reliée au cancer, notamment à la normalisation des rapports, des rapports électroniques et de la détermination du stade.

Radiothérapie

Un morcellement important existe dans le domaine de la radiothérapie. Il est essentiel de former

un groupe provincial unifié afin d'aborder la radiothérapie comme une seule ressource provinciale. Il ne s'agit pas d'un programme provincial complet mais, dans le cadre du mandat décrit plus tôt, de l'élaboration d'approches communes en matière de planification et d'acquisition des appareils, des niveaux de dotation, des normes et de la gestion de liste d'attente et des normes de productivité pour le matériel et le personnel. L'effort de coopération entre les deux centres comprend la répartition équilibrée des charges de travail et une affectation du temps de traitement axée sur les patients.

Recherche sur le cancer

Au Nouveau-Brunswick, la recherche sur le cancer est plutôt limitée. Or, vu son importance pour lutter contre cette maladie, pour le recrutement et pour le maintien en poste du personnel, le Nouveau-Brunswick devrait envisager l'élaboration d'un plan de recherche organisé sur le cancer. Pour ce faire, il faudrait prévoir une direction provinciale et il serait utile d'obtenir de l'aide pour définir le futur rôle de recherche en obtenant l'avis de l'INCC et du chef de file de la recherche et des politiques de l'ACAPC. Il faudrait aussi aborder la question des essais cliniques qui nécessitent une plus vaste infrastructure. Enfin, il resterait d'autres questions à régler, notamment la façon dont le Nouveau-Brunswick pourrait bénéficier des possibilités offertes à l'échelle du Canada, et examiner la nécessité d'établir une fondation consacrée au financement de la recherche sur le cancer.

Surveillance

La surveillance reste un outil essentiel dans la lutte contre le cancer. Nous avons déjà mentionné le fonctionnement du registre du cancer actuel et le recueil d'informations au moyen de l'analyse, grâce à un soutien approprié du Service provincial d'épidémiologie. Il faudrait renforcer les fonctions du registre et du Service provincial d'épidémiologie afin d'enrichir la banque de données du registre, mieux l'intégrer à d'autres bases de données et améliorer l'analyse des résultats de façon à répondre aux besoins des diverses disciplines et fournir l'information nécessaire pour appuyer l'élaboration et l'évaluation efficaces d'une stratégie de lutte contre le cancer.

Conseil de l'exercice professionnel

La plupart des organismes ont créé un comité ou un conseil consultatif professionnel afin d'assurer une participation interdisciplinaire. Les RRS ainsi que certaines agences provinciales de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick ont mis en place un tel mécanisme. Il est recommandé au Nouveau-Brunswick d'établir un Conseil de l'exercice professionnel qui ferait partie du cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer. Il s'agirait d'un organisme interdisciplinaire qui mènerait une approche commune pour élaborer des normes professionnelles et assurer la coordination des rôles professionnels, ce qui sera essentiel à la planification des ressources humaines. Nous proposons que ce groupe joue un rôle au niveau de l'enseignement professionnel interdisciplinaire et de l'éducation et l'information des patients et qu'il crée des liens avec le réseau canadien d'éducation des patients atteints du cancer (C-CPEN).

Soins de santé primaires et communautaires

Nous aborderons plus tard la question de définir clairement les différents niveaux de prestation de services, notamment les soins de santé primaires et communautaires. Il faudrait établir un groupe interdisciplinaire particulier, structuré pour fournir des conseils sur la façon de mieux développer ce secteur primordial si important pour le point d'entrée dans le système, le diagnostic initial, les soins continus et le suivi. Bien souvent, ce système n'est ni structuré, ni maillé. Bien des problèmes ont été maintes fois définis, dont certains que nous avons déjà mentionnés. En voici des exemples : retards de diagnostic, manque de clarté sur qui est responsable, soins de suivi suboptimal, manque de communication entre les oncologues et les fournisseurs de soins

primaires, difficultés de navigation dans le système, aussi bien pour les patients que pour les fournisseurs de soins.

Un groupe interdisciplinaire chargé des soins primaires et communautaires pourrait aborder ces questions et participer activement à tous les autres aspects de la planification de la lutte contre le cancer. Un tel groupe proposerait et préciserait le rôle des centres de santé communautaires stratégiques, qui pourraient servir de point central pour les intervenants pivots en plus d'assurer le développement des services de soins primaires en tenant compte des possibilités et des priorités fédérales tant générales que celles qui sont axées sur le cancer.

Ressources humaines

Il faudrait accorder une attention particulière au secteur des ressources humaines. Cette fonction vitale d'action pourrait être abordée soit par un groupe interprofessionnel structuré précisément à cette fin, soit par le Conseil de l'exercice professionnel. Cette dernière option serait sans doute préférable vu qu'elle est structurée adéquatement et pourrait réduire le nombre de groupes à gérer et à soutenir. Mais quel qu'en soit le responsable, cette fonction devrait être reliée aux secteurs d'activité du ministère de la Santé et du Mieux-être, inclure la participation des coordonnateurs de la formation médicale et établir une liaison avec la base de données sur les ressources humaines de l'ACAPC et le groupe d'action sur les ressources humaines de la SCLC. De plus, cette structure concernant les ressources humaines devrait répondre aux besoins actuels et futurs dans les principales disciplines d'oncologie, en fonction de l'incidence du cancer et des normes liées à la dotation en personnel, au rendement, aux charges de travail et à la capacité des appareils (de radiothérapie).

Planification des installations, des appareils et de la technologie

Nous ne décrirons pas ici le rôle détaillé du groupe de planification des installations, des appareils et de la technologie. Toutefois, soulignons qu'il faudrait établir un plan pluriannuel de développement et de remplacement des appareils, notamment pour l'équipement de radiothérapie. Ce plan serait fondé sur l'incidence du cancer, les bénéfices prévus des traitements de radiothérapie et les normes de rendement des appareils. Il tiendrait également compte de l'obsolescence prévue de ces équipements.

7.4.2.7 Rôle du bureau de direction du réseau provincial de lutte contre le cancer

Ce groupe serait constitué du chef de file du RNBLC, du chef des opérations du réseau, du secrétariat, d'un autre haut fonctionnaire du ministère, ainsi que du chef de file de chaque sous-réseau. Le gestionnaire de soutien principal de chaque sous-réseau pourrait également participer aux réunions.

L'objectif du bureau de direction serait :

- d'agir au nom de l'équipe du réseau entre les réunions, élaborer les programmes de l'équipe de leadership, coordonner l'affectation de dossiers à régler aux groupes appropriés et aborder les questions pouvant survenir au quotidien;
- d'élaborer et évaluer un plan de mise en œuvre proposé par l'équipe du réseau et assurer sa coordination entre les deux sous-réseaux de façon efficace;
- d'élaborer les détails du contrat de rendement.

7.4.2.8 Conseil des directeurs généraux des régies régionales de la santé (RSS)

Bien que ce groupe ne représente pas encore une structure officielle, les directeurs généraux se réunissent déjà et discutent de questions et de préoccupations communes. La participation à ce forum permettrait au chef de file du RNBLC de partager des informations sur la lutte contre le

cancer, de recevoir une rétroaction sur les plans et d'être informé des problèmes à régler au niveau régional. Il serait sans doute utile que le Conseil des directeurs généraux des RRS évolue vers une structure plus officielle, dotée de mandats et de programmes et présidée par la sous-ministre.

7.4.2.9 Rôle du ministère de la Santé et du Mieux-être

Le ministère de la Santé et du Mieux-être devrait assumer la responsabilité du Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC) et créer une politique provinciale visant à légitimer ce réseau. Le ministère SME devrait examiner et approuver les stratégies, les plans, les priorités et les politiques. À la lumière des recommandations faites par l'équipe de leadership du réseau le ministère devrait également approuver les exigences des régions en ce qui concerne les activités reliées à la lutte contre le cancer et les transformer en contrats et attentes en matière de rendement. À l'aide du cadre de mesure du rendement de la lutte contre le cancer, le ministère SME devrait, pour son propre usage, définir les mesures de rendement qui le renseigneront sur l'efficacité du réseau. Le ministère devrait aussi fournir les ressources financières aidant à soutenir le fonctionnement efficace du réseau, ainsi que celles permettant de mettre sur pied un secrétariat « bien organisé » qui appuierait avec efficacité les différentes activités du réseau provincial et des sous-réseaux. Le ministère SME veillerait également à la participation des secteurs d'activité du ministère dans les divers groupes du réseau de lutte contre le cancer et assurerait la coordination avec d'autres activités du ministère.

7.4.2.10 Sous-réseaux

Les chercheurs recommandent d'établir deux sous-réseaux de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick : un de ces sous-réseaux desservirait les régions 2 et 3, et l'autre les régions 1, 4, 5, 6 et 7. Même si de prime abord, ce système paraît déséquilibré par rapport au nombre de régions, la population totale de chacun de ces deux ensembles de régions est sensiblement équivalente, et cette formule s'alignerait bien avec les tendances actuelles d'orientation et les relations interrégionales. Un autre argument probant est qu'il existe essentiellement deux grands centres principaux de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick (l'un situé dans la région 2, et l'autre dans la région 1), chacun pouvant servir de « noyau central » ou de point central de liaison aux sous-réseaux. Il y aurait également la possibilité de s'appuyer sur le travail qui a déjà été réalisé.

Les chercheurs n'ont toutefois pas étudié d'autres options. Vu la taille de la province du Nouveau-Brunswick, il serait bien sûr plus logique de retenir une seule région provinciale de lutte contre le cancer. Cette option serait peut-être viable s'il n'existait qu'un seul centre d'excellence spécialisé et intégré de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick. Il serait beaucoup trop ambitieux de définir sept régions, et il n'existe aucune base logique pour définir le leadership de sept régions. Par ailleurs, les coûts d'infrastructure seraient plus importants. Les chercheurs ont brièvement envisagé le concept de quatre régions, mais ils n'ont trouvé aucune division logique possible et, dans un tel cas, deux régions ne seraient pas directement desservies par les deux grands centres de lutte contre le cancer. Dans la formule proposée, il est essentiel d'intégrer le centre d'oncologie de l'hôpital Dr Georges-L. Dumont et le programme d'oncologie du Moncton Hospital lesquels, bien que se trouvant sur deux sites différents, doivent être considérés comme un seul centre dirigé par une équipe unifiée de leadership et offrant les mêmes programmes.

Les éléments organisationnels des sous-réseaux comprennent un comité consultatif multirégional, une équipe de gestion et un centre spécialisé responsable de la coordination de ce programme interrégional.

7.4.2.11 Comités consultatifs des sous-réseaux de lutte contre le cancer

Il s'agit d'une structure multirégionale et interdisciplinaire assumant les responsabilités suivantes :

- définir les besoins dans tout le champ d'activités de la lutte contre le cancer;
- élaborer un plan pluriannuel;
- mettre en œuvre les exigences du contrat de rendement, déterminées en fonction des besoins locaux et des exigences provinciales pour tous les éléments de lutte contre le cancer;
- veiller à la gestion et à la bonne organisation des services de lutte contre le cancer, en prenant des dispositions précises quant à la coordination des soins, l'orientation des patients, les communications et les soins continus;
- surveiller le rendement à l'échelle régionale;
- servir de forum pour les patients, les groupes de défenseurs et les ONG et assurer la communication efficace entre tous les niveaux et les composantes de la lutte contre le cancer.

Il faudrait réexaminer attentivement la structure du comité consultatif, et celle-ci devrait intégrer les RRS dans le sous-réseau, ainsi que les patients, les groupes de défenseurs, les ONG comme la Société canadienne du cancer, les fournisseurs de soins directs des principales disciplines oncologiques, au moins un membre du Conseil des directeurs généraux des RRS et un membre des conseils d'administration des RRS, un responsable de soins primaires et communautaires, ainsi qu'un responsable de la Santé publique. Par ailleurs, un représentant (le président ou son délégué) devrait siéger comme membre du Conseil consultatif provincial de la lutte contre le cancer. Le président est nommé par le chef de file du réseau provincial sur recommandation du comité consultatif du sous-réseau. Le comité lui même relèverait de l'équipe du réseau provincial de lutte contre le cancer.

Outre ce qui précède, certaines régions pourraient créer des équipes locales de soins de lutte contre le cancer au niveau de l'administration afin d'assurer la coordination locale de soins axés sur les patients.

7.4.2.12 Équipe de gestion du sous-réseau

Une équipe de gestion principale composée d'un spécialiste des soins médicaux (oncologue), d'un spécialiste des soins infirmiers et d'un administrateur, offrirait le soutien nécessaire aux activités du comité consultatif des sous-réseaux. Il est probable que ces postes existent déjà. Également, la création et le maintien de cette structure risquent d'entraîner un travail additionnel et le besoin de ressources supplémentaires. Il faudrait donc évaluer davantage ces nouveaux besoins. Cette équipe serait responsable de la gestion quotidienne du sous-réseau ainsi que de la mise en œuvre de plans approuvés et élaborés au niveau de la province et du sous-réseau. Elle collaborerait étroitement avec les autres principaux titulaires de postes de gestion des différents niveaux du sous-réseau, y compris les personnes responsables des divers éléments de lutte contre le cancer, le ou les principaux responsable(s) ou facilitateurs désignés de soins primaires, ainsi que ceux des équipes locales de soins contre le cancer, si celles-ci sont établies. Le spécialiste clinicien venant du centre spécialisé principal serait nommé par l'équipe du réseau provincial. Il serait membre de cette équipe provinciale ainsi que du bureau de direction du réseau.

7.4.2.13 Les centres spécialisés

Il est proposé d'intégrer la direction des deux sous-réseaux aux deux grands centres de lutte contre le cancer situés à Moncton et à Saint John. Ce faisant, il faudrait reconnaître de façon équilibrée et équitable l'ensemble des besoins des sous-réseaux et ce, conformément aux normes convenues et à

la prestation uniforme des services.

7.4.3 Niveaux de prestation des services de lutte contre le cancer

Il est essentiel de définir clairement les rôles et responsabilités associés à chaque niveau de prestation des services dans le cadre d'un système de lutte contre le cancer structuré à plusieurs échelons et ce, dans l'ensemble de la province. Une partie de ce travail a déjà été accomplie, mais il faut l'étendre à l'ensemble de la province et dans tous les champs d'activités de lutte contre le cancer. Cela signifie que nous devons définir clairement la portée des activités à chaque niveau, ainsi que les ressources dont elles disposeront pour assumer leurs fonctions relativement à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement, aux soins palliatifs et aux soins de soutien. Il faudrait non seulement préciser clairement les rôles et les niveaux de service, mais aussi les liens et les mécanismes de communication et d'orientation pour assurer une prestation uniforme de services de lutte contre le cancer.

Ces niveaux comprendraient :

- les soins primaires et communautaires;
- les unités de soins spécialisés en oncologie (éventuellement, trois niveaux);
- les centres spécialisés de lutte contre le cancer (ayant la radiothérapie et une masse critique de compétences expertes).

Tous ces niveaux devraient être coordonnés et intégrés en vue de créer un service de soins complet et global mais, dans la mesure du possible, les services devraient être planifiés de façon à minimiser les déplacements. De plus, la priorité serait de maintenir la plus grande qualité de soins possible à l'aide de normes, de lignes directrices et de protocoles convenus. Dans le cas où il faudrait utiliser différentes méthodes de traitement, celles-ci devraient être justifiées sur une base scientifique.

Ces niveaux de service serviront de base à la planification et à l'attribution des ressources. La détermination du niveau dépendra des volumes et d'une masse critique de professionnels ayant des compétences expertes afin de maintenir des normes cohérentes. Nous présentons ci-dessous les répercussions que cela peut entraîner dans certains domaines.

Les traitements de radiothérapie sont actuellement offerts dans deux grands centres au Nouveau-Brunswick, et il ne serait donc pas nécessaire de créer d'autres centres de radiothérapie dans un avenir rapproché.

Les sites et les niveaux de prestation de services en chimiothérapie devraient être déterminés avec grand soin. Là encore, il faudrait s'assurer que les volumes de patients sont suffisants et que les professionnels de la santé possède la formation et les qualifications indispensables pour fournir des soins conformément aux normes, aux lignes directrices et aux protocoles convenus de la province. Il faudrait aussi mettre en place des normes de compétence professionnelle et décrire en détail les rôles des professionnels. En bref, il faudrait définir de clairement ce qu'il y a lieu d'accomplir à chaque niveau, le pourquoi ou la justification du lieu et la façon de le faire, ainsi que les éléments nécessaires pour soutenir le travail à tous les niveaux.

La doctrine générale appliquée aux traitements de chimiothérapie devrait aussi être mise en place pour l'oncologie chirurgicale. Il serait par ailleurs souhaitable d'établir une politique provinciale pour les sites où se dérouleront certaines chirurgies de cancers plus complexes. Par exemple, il faudrait concentrer la chirurgie des tumeurs du pancréas, de l'estomac, du foie et les tumeurs sarcomateuses dans un centre tertiaire prévu à cet effet. Il serait également souhaitable d'établir des programmes intégrés de lutte contre le cancer dans chacun des deux sous-réseaux en ce qui a trait aux quatre cancers les plus fréquents :

- le cancer du sein,
- le cancer de la prostate,
- le cancer du poumon,
- le cancer colorectal.

De tous les cancers, ces quatre types représentent près de 60 % de l'incidence et de la mortalité. Il est peu probable de constater des améliorations au niveau des résultats généraux de lutte contre le cancer sans unifier et coordonner les efforts dans ces quatre domaines. Il faudrait donc, ici encore, définir clairement les rôles et responsabilités. Cela comprendrait le nom du lieu où les soins seront administrés et la personne responsable de ces soins, en fonction des volumes et des normes. Ce programme assurerait la coordination des soins depuis l'entrée dans le système jusqu'aux soins de suivi, et permettrait d'intégrer la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, les soins de soutien et les soins palliatifs à l'aide d'une approche pluridisciplinaire. Le réseau d'oncologie chirurgicale serait chargé d'élaborer des normes et de veiller à leur respect, ainsi que d'établir un processus d'analyse des résultats servant de base à la rétroaction sur le rendement et à l'amélioration continue.

Encore un mot à propos des soins primaires et communautaires de lutte contre le cancer. Dans le cadre de cette structure, il serait essentiel de définir un responsable spécialisé de soins primaires au niveau du réseau provincial et des sous-réseaux, afin de bien structurer ce secteur essentiel. Ces facilitateurs spécialisés travailleraient, aux niveaux des politiques et de la prestation des programmes (aux niveaux du leadership du réseau provincial et à celui du comité consultatif du sous-réseau), afin d'assurer un leadership stratégique, d'aider à la rationalisation de la prestation des soins, de collaborer avec d'autres fournisseurs de soins afin de développer des outils qui pourraient mieux soutenir les soins primaires, de soulever les questions importantes et de perfectionner les processus. Dans ce rôle, le responsable spécialisé de soins primaires travaillerait en étroite collaboration avec les centres de santé communautaires, les groupes d'intervenants pivots qui orientent les patients et les groupes de fournisseurs de soins primaires. Outre ce facilitateur spécialisé de soins primaires, il pourrait être utile de créer, à l'intérieur de chaque sous-réseau, des responsables de soins primaires faisant partie de chaque équipe locale de services de lutte contre le cancer.

Là encore, au niveau provincial, le responsable spécialisé de soins primaires serait membre de l'équipe de leadership du réseau provincial de lutte contre le cancer, présiderait le groupe d'action de soins primaires et le groupe des centres de santé communautaires, et servirait de liaison pour la réforme des soins primaires en matière de lutte contre le cancer.

8.0 LIAISONS

Nous avons déjà beaucoup parlé des liaisons à assurer à tous les échelons du réseau. La lutte contre le cancer est une tâche complexe. Les intervenants sont nombreux et aucun organisme ne peut tout faire seul ; les efforts devront être coordonnés à tous les échelons. Il est donc important de créer des liaisons pour assurer l'uniformisation, apporter des idées nouvelles sur les politiques et tirer profit des développements qui se produisent dans d'autres compétences et qui peuvent être adoptées à l'échelle locale.

8.1 Liaisons entre les provinces et à l'échelle nationale

Il sera important que le réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC) s'associe aux initiatives de la Stratégie de lutte contre le cancer (SCLC) et de l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC). Ces organismes pancanadiens ont établi une liste de priorités pour assurer une application cohérente dans tout le pays. Le dirigeant du réseau devrait siéger au conseil de l'ACAPC et au conseil de la SCLC. Les sous-groupes du réseau devraient être activement engagés auprès des comités consultatifs sur les politiques de l'ACAPC et des groupes d'action de la SCLC. Des efforts soutenus devraient également être investis pour se rattacher à d'autres associations professionnelles pancanadiennes ainsi qu'a d'autres structures chargées d'un élément particulier de lutte contre le cancer (comme l'Association canadienne de soins palliatifs).

8.2 Liaisons avec les provinces, les régions et les collectivités

Plusieurs initiatives ont été entreprises dans la région de l'Atlantique, notamment la formation médicale, le cancer pédiatrique et la prédisposition génétique au cancer. Le Nouveau-Brunswick de concert avec les autres provinces de

l'Atlantique devrait cerner d'autres possibilités de collaboration en tenant compte de la proximité géographique et des économies d'échelle. Les secteurs de collaboration pourraient inclure la recherche, les registres, la surveillance, les normes, les guides de pratique clinique, la planification des ressources humaines, la prévention des maladies chroniques et les conférences éducatives. Il est recommandé, à titre de priorité, que le Nouveau-Brunswick développe substantiellement son réseau pour qu'il puisse amorcer le projet de coopération comme un intervenant sérieux et de niveau acceptable parmi les autres intervenants.

Comme nous avons déjà beaucoup parlé de toutes les autres liens à entretenir dans la province et entre les collectivités, nous n'y reviendrons pas.

9.0 CONTRATS DE RENDEMENT

Un processus important contribuant à unifier et à harmoniser le Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC) est l'élaboration de contrats de rendement qui précisent clairement les « produits livrables » par la région et les sous-réseaux en vertu d'un plan global de lutte contre le cancer. Il faut admettre que les contrats axés sur le rendement peuvent constituer d'importants catalyseurs de changement et d'amélioration. Voici les principes sur lesquels devrait s'appuyer l'élaboration des contrats de rendement :

- Ces contrats devraient faire partie intégrante du processus habituel du ministère SME relatif aux contrats de rendement pour les régions, les sous-réseaux étant ajoutés au processus.
- Les contrats de rendement devraient viser des objectifs précis comme par exemple fournir des descriptions claires des responsabilités, des objectifs, des exigences en matière de mesure du rendement, des mesures incitatives et des conséquences.
- Les contrats devraient être établis en fonction des besoins cernés par l'équipe du réseau provincial pour tous les éléments de lutte contre le cancer jugés prioritaires.
- Les contrats devraient favoriser la rétroaction de la part des sous-réseaux, y compris les besoins déterminés dans le cadre d'un plan triennal en trois étapes.
- La mise en oeuvre du processus et les détails devrait être faite en consultation avec le Conseil des directeurs généraux des RRS. Il faudrait accorder assez de temps pour permettre une étroite collaboration entre le ministère SME et les RRS.
- Les contrats devraient assurer une répartition juste et équitable des ressources allouées.
- Les contrats devraient définir des objectifs de rendement précis relativement à l'amélioration dans la lutte contre le cancer.
- Les éléments de rendement des contrats comporteraient notamment :

    - les attentes en matière de prestation de services, y compris le niveau de service, le volume de patients et la productivité;
    - les résultats de rendement en fonction des normes, des lignes directrices et des exigences en matière de sécurité, à l'échelle provinciale;
    - les objectifs de rendement dans les domaines de lutte contre le cancer à améliorer, entre autres les temps d'accès et les délais d'attente;
    - les objectifs financiers et les niveaux de satisfaction de la part des patients;
    - les priorités et programmes provinciaux à mettre en œuvre;
    - les aspects de la prestation des services à améliorer (coordination, intégration, information);
    - les liens à créer et à maintenir à tous les échelons du réseau à l'intérieur du sous-réseau;
    - la structure du sous-réseau à établir et à maintenir;
    - la détermination des besoins à combler au sein du sous-réseau, l'élaboration d'un plan triennal en trois

étapes visant à répondre aux besoins – y compris la manière dont les ressources seront utilisées pour répondre à ces besoins, de même que des comptes rendus périodiques sur les progrès de la mise en œuvre du plan dans le cadre provincial d'indicateurs de rendement convenu;

- les problèmes à résoudre à l'échelle du réseau, y compris les commentaires du Conseil consultatif provincial de lutte contre le cancer et les autres mécanismes servant à recueillir les commentaires des patients et des familles.

10.0 PRIORITÉS

Dans le cadre de cette étude, les chercheurs devaient donner leur point de vue en ce qui concerne les priorités de la lutte contre le cancer. Nous décrivons ci-après les principes et occasions à saisir en vue de guider la prise de décisions, accompagnés d'une courte note sur chaque domaine jugé prioritaire.

10.1 Principes et occasions à saisir

- Le processus d'établissement des priorités devrait suivre les principes définis plus tôt lors de l'analyse de l'expérience vécue dans le onze pays de l'OCDE. Essentiellement, les priorités doivent être établies en fonction des résultats de l'analyse de données, des résultats de recherche et des preuves d'efficacité.
- Les priorités doivent englober les éléments de lutte contre le cancer et les éléments facilitateurs, ainsi que leurs effets sur les principaux moyens de mesure directe et résultats comme la mortalité, la survie et l'incidence du cancer, de même que leurs effets sur les moyens de mesure indirecte qui auront fort probablement un impact positif sur les moyens de mesure directe.
- Les priorités doivent s'aligner sur les priorités provinciales en matière de santé et sur les priorités déjà établies par le Comité consultatif sur les services de lutte contre le cancer.
- Il faudrait profiter de l'occasion pour s'aligner sur les travaux relatifs aux priorités déjà effectués par la SCLC et l'ACAPC.
- Il faudrait résoudre les questions importantes présentées plus haut dans ce rapport.
- Il faudrait examiner et résoudre le problème de la piètre performance du Nouveau-Brunswick en matière de lutte contre le cancer.

10.2 Priorités particulières

Voici un assortiment des priorités découlant des résultats du Comité consultatif sur les services de lutte contre le cancer (CCSLC), des priorités de la SCLC et de l'ACAPC et des priorités découlant des résultats de la présente étude :

- Mettre sur pied immédiatement le Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC) de façon à créer un cadre qui fournira les outils nécessaires au reste du système. Dans le cadre de cette démarche, organiser les divers paliers ou niveaux de la prestation de services. Le meilleur moyen de commencer est d'établir un plan pluriannuel de mise en œuvre progressive.
- Examiner immédiatement les problèmes de sécurité en élaborant une initiative provinciale en matière de thérapie systémique et s'assurer que les pratiques relatives à l'administration de médicaments sont sûres.
- Élaborer des normes provinciales pour tous les éléments de lutte contre le cancer et créer des liens efficaces avec les groupes d'action de la SCLC, les comités consultatifs de l'ACAPC et d'autres associations pancanadiennes engagées dans la lutte contre le cancer.
- Aborder l'élaboration d'un processus à suivre pour adapter, avaliser et diffuser des guides de pratique clinique en créant des liens avec les initiatives de la SCLC et de l'ACAPC relativement aux lignes directrices.
- Mettre en œuvre un processus de planification des ressources humaines sous la responsabilité du Conseil de

l'exercice professionnel et se relier à la base de données de l'ACAPC et au groupe d'action sur les ressources humaines de la SCLC.

- Améliorer la surveillance en offrant un appui accru au registre du cancer et en fournissant un meilleur soutien épidémiologique pour améliorer l'analyse des données et permettre la création d'une base de renseignements stratégiques.
- Créer des liens avec l'Alliance canadienne de surveillance du cancer.
- Établir des mécanismes provinciaux pour assurer une approche coordonnée et uniforme de la radiothérapie, de l'oncologie chirurgicale, de l'oncopathologie, des soins palliatifs et des soins de soutien en maintenant une liaison efficace avec les initiatives de l'ACAPC et de la SCLC.
- Aborder l'élaboration de soins primaires et de soins communautaires adaptés à la lutte contre le cancer, y compris la création d'un « système de navigation » à l'intention des patients, en maintenant un lien efficace avec les initiatives de l'ACAPC et de la SCLC en matière de soins de santé primaires.
- Développer et intégrer davantage les programmes de prévention du cancer à l'échelon provincial et les associer aux sous-réseaux, aux programmes régionaux et les lier aux initiatives de prévention primaire de la SCLC.
- Mettre en place un processus permettant de définir le mandat et le rôle de la recherche sur le cancer au N.-B., mais auparavant, aborder immédiatement les besoins en matière d'infrastructure pour la tenue des essais cliniques.

11.0 MESURE DU RENDEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Ce qui est proposé ici est un modèle intégré de mesure du rendement de la lutte contre le cancer. Nous avons réuni ce qui a été préconisé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) relativement au spectrum de lutte contre le cancer. Ce modèle est compatible avec le travail du Comité de revue des indicateurs de rendement des ministères provinciaux et territoriaux (CRIR) et avec la fiche de rendement décrite dans le rapport du Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé. Il comprend également les objectifs organisationnels et les exigences liées aux contrats de rendement.

Voici les cinq objectifs visés par le cadre de mesure du rendement proposé :

- évaluer le rendement à l'échelle de la province et des régions;
- établir la base de définition des objectifs de la lutte contre le cancer;
- appuyer les efforts visant une amélioration continue des résultats de la lutte contre le cancer;
- établir des comparaisons avec d'autres juridictions;
- servir en partie de cadre pour la définition des éléments des contrats de rendement.

Le modèle peut correspondre aux principes suivants :

- liaison avec les objectifs provinciaux en matière de santé, les objectifs organisationnels et les exigences des contrats de rendement;
- approche à l'échelle du réseau (c.-à-d. non seulement clinique, mais également répondant aux besoins de la population);
- capacité et comparabilité aux modèles de référence;
- structure pyramidale – la mesure obtenue en haut de la pyramide s'appuie sur celle qu'on obtient à tous les échelons du réseau;
- fourniture d'une expertise d'interprétation de façon à ce que les données puissent être converties en

informations et guider la prise de décisions et des politiques;

- élaboration d'outils de présentation de rapports destinés à divers publics;
- calendrier stratifié de présentation de rapports –diverses périodicités existent pour certains indicateurs;
- assurance de la qualité des données;
- maintien de la simplicité;
- utilisation d'indicateurs « visibles » de haut niveau;
- mesure des éléments qui peuvent être changés.

• Types de mesures

Il existe deux types de mesures de l'efficacité de la lutte contre le cancer : directes et indirectes. Parmi les mesures directes, on peut citer l'incidence, le taux de mortalité et le taux de survie. Les effets visibles de toute amélioration au système mettront longtemps à se manifester – leur périodicité est donc longue. Les mesures indirectes sont des mesures du processus ayant probablement un effet positif sur les mesures directes; on peut donc les considérer comme des mesures de substitution. À titre d'exemple, une mesure indirecte serait le pourcentage des femmes à risque qui sont dépistées pour le cancer du sein. Le modèle proposé tient compte de ces deux types de mesures, mais il reconnaît que le taux de mortalité causée par le cancer et le taux de survie sont les mesures les plus importantes.

• Matrice de mesure du rendement

La figure 5 illustre une matrice de mesure du rendement qui intègre les fonctions de lutte contre le cancer dans les cadres de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) en plus des exigences provinciales. Dans la plupart des fonctions de la lutte contre le cancer, on peut retrouver un indicateur de rendement compatible avec le cadre de l'ICIS et du CCASS. Les exceptions seraient l'état de santé et les déterminants de la santé qui s'appliqueraient principalement à la prévention et au dépistage. Voici quelques exemples : dans la catégorie état de santé (décès) se trouvent les taux de mortalité et de survie, les données sur les années de vie perdues qui sont des indicateurs de l'efficacité de la prévention, du dépistage, du diagnostic et du traitement. Dans la catégorie sensibilité, on trouve le nombre de personnes décédées à leur endroit privilégié (domicile) comme indicateur de soins palliatifs. Sous compétence (pertinence), on trouve le degré de conformité avec les guides de pratique clinique (GPC), un indicateur de la fonction du traitement. Dans la catégorie des déterminants de la santé (habitudes en matière de santé), on trouve les comportements à risque de causer le cancer, comme les taux de tabagisme qui seraient un indicateur de prévention.

• Responsabilité de l'établissement des indicateurs et des objectifs

Il est proposé que l'établissement des indicateurs et objectifs spécifiques dans chaque région incombera à l'équipe du réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer, fondé sur des conseils de chaque groupe consultatif de la lutte contre le cancer. Cette équipe aurait aussi comme tâche de déterminer la périodicité et les exigences relatives à la présentation des rapports pour les sous-réseaux ou les régions. Il serait peut-être important de se montrer sélectif au début et d'accorder une attention particulière aux questions urgentes comme la sécurité relative à la chimiothérapie, les services très coûteux, les régions où il est reconnu que le rendement est bien inférieur à celui des meilleures pratiques, où le non-respect des normes aura de graves répercussions, ou encore là ou il y a des problèmes urgents d'accessibilité ou de prestation de services.

Figure 5 : Matrice de mesure de rendement des fonctions de lutte contre le cancer

Fonction de lutte contre le cancer									
	Prévention	Dépistage	Diagnostic et détermination du stade	Traitement			Soins palliatifs, de soutien et de réadaptation	Soins primaires et communautaires	Information et éducation
				Thérapie systémique	Radiothérapie	Chirurgie			
Catégorie									
État de santé									
• décès									
• condition de santé									
• fonctionnement									
• mieux-être									
• **Déterminants de la santé**									
• habitudes en matière de santé									
• conditions de vie/travail									
• ressources personnelles									
• environnement									
Caractéristiques de la collectivité et du système de santé									
• ressources humaines									
• capacité									
• langue et diversité culturelle									
• appui à la main- d'œuvre									
• coûts par cas pondéré									
Objectifs provinciaux en matière de santé									
Objectifs organisationnels									
Exigences relatives aux contrats de rendement									
Sensibilité									
• disponibilité									
• accessibilité									
• délais d'attente									
• continuité									
• équité									
Compétence									
• pertinence									
• savoir-faire et aptitudes									
• efficacité									
• risque									
• efficience									
• alignement du système- (clair et intégré)									
Axé sur le client/collectivité									
• communication									
• confidentialité									
• participation/ partenariats									
• respect et attention									
• participation de la collectivité									
Vie au travail									
• communication ouverte									
• clarté des rôles									
• participation à la prise de décisions									
• contexte d'apprentissage									
• mieux-être									

12.0 BUDGET DU CADRE D'IMPUTABILITÉ DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Les lignes qui suivent présentent un budget d'exploitation annualisé destiné à soutenir le cadre proposé de d'imputabilité de lutte contre le cancer. Ce budget a été établi en fonction des niveaux de rémunération au ministère de la Santé et du Mieux-être pour des postes comparables. Il repose sur les hypothèses et limitations suivantes :

- L'affectation de fonds à la lutte contre le cancer à l'échelle provinciale assure actuellement deux postes au montant de 156 137 $ (dans la Division de la planification et de l'évaluation, y compris le dépistage du cancer du sein).
- Le chef de file du réseau provincial de lutte contre le cancer occupera un poste à temps plein.
- Les chefs de file de groupes des éléments de lutte contre le cancer, les facilitateurs ou meneurs de groupes d'action de lutte contre le cancer ainsi que les chefs de file des guides de pratique clinique (GPC) travailleront une journée complète par semaine. À noter que, en raison du personnel réduit, la participation initiale pourra être moins importante dans certaines régions.
- Les deux sous-réseaux auront les ressources nécessaires pour remplir leurs fonctions sauf pour ce qui est de fournir une aide financière aux chefs de file des sous-réseaux pour soutenir leurs rôles dans certaines fonctions cliniques ou administratives.
- Il faudra un poste de secrétaire pour chaque groupe de deux ou trois postes.
- Il faudra des coordonnateurs pour chaque groupe de deux ou trois projets d'envergure.
- Une décision d'orientation sera prise en vue d'établir un budget provincial pour la chimiothérapie et ce budget nécessitera l'apport d'au moins un poste de pharmacien ÉTP.
- Aucun budget n'a été proposé pour l'augmentation des services de dépistage. À titre de remarque générale, le programme actuel de dépistage du cancer du sein pourrait nécessiter un coordonnateur spécialisé et un chef de file médical. S'il est décidé d'élaborer un programme provincial de dépistage du cancer du col utérin et un programme de dépistage du cancer colorectal, ces programmes devront être unifiés sous une initiative unique de dépistage (et comprendre aussi le dépistage des cancers héréditaires), ce qui exigera un soutien administratif accru en conséquence.
- Il faudra aussi accroître les qualifications requises du personnel chargé du service du registre provincial. Les besoins en matière d'épidémiologie provinciale devront être renforcés par l'ajout d'autres épidémiologistes et d'un statisticien de façon à aider à la création d'une banque de renseignements stratégiques, à l'analyse des résultats et à la surveillance.
- Des dispositions ont été prises pour que les médecins (à l'exception des présidents de comité) qui assistent aux réunions soient rémunérés. Selon la politique actuelle, le médecin qui assiste à une réunion obligatoire ou approuvée touche 600 $ par jour. En présumant que trois médecins au minimum assisteront à chaque réunion des douze groupes, six fois par année, les frais annuels s'élèveront à 129 600 $ (12 x 3 x 6 x 600 $).
- Le financement est proposé pour subvenir aux besoins du chef du groupe provincial des soins primaires. D'autres fonds pourraient se révéler nécessaires pour subvenir aux besoins des chefs de file des soins primaires dans les deux sous-réseaux ou dans d'autres régions de la province. Si ces fonds sont jugés nécessaires et qu'on présume qu'au maximum, un chef de file des soins primaires par région devra assister aux deux réunions mensuelles, à raison de 600 $ par réunion, on devra ajouter 100 800 $ au budget.
- Le rapport propose un plan biennal de mise en œuvre progressive, couvrant trois exercices financiers et pour lequel le coût total ne sera pas atteint avant l'exercice financier 2005-2006.

- Aucune autre ressource supplémentaire n'a été proposée pour la prévention du cancer.
- Les besoins en installations, appareils et technologie seront évalués par la Division de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et du Mieux-être.
- Aucune ressource n'a été définie pour un chef de file de la recherche; il faudrait élaborer une stratégie de recherche sur le cancer avec l'aide de ressources extérieures avant que ce poste ne soit créé.

BUDGET

Poste	Salaire	Budget
Chef de file du réseau provincial de lutte contre le cancer (1)	De 275 000 à 325 000 $	De 316 250 $ à 373 750 $ (avec avantages sociaux)
Chef des opérations du réseau provincial de lutte contre le cancer (échelle salariale 8) (1)	79 638 $	91 584 $(avec avantages sociaux)
Coordonnateurs (échelle salariale 6) (5)	67 886 $	390 345 $(avec avantages sociaux)
Secrétaires (4)	35 178 $	161 819 $(avec avantages sociaux)
	Total	**De 959 998 $ à 1 017 498 $**
Présidents des groupes/ animateurs de la lutte contre le cancer (12)	55 000 $	660 000 $
Chefs de file de sous-réseaux (2)	55 000 $	110 000 $
Pharmacien (1) budget provincial de chimiothérapie	75 872 $	87 255 $(avec avantages sociaux)
Épidémiologistes (2)Statisticien (1)	106 522 $ - 61 906 $	245 001 - $71 192 $ (avec avantages sociaux)
Médecins assistant aux réunions		129 600 $
Frais de déplacement, d'hébergement, frais d'assistance aux réunions		250 000 $
Conseillères en soins de lutte contre le cancer (échelle salariale 6) (2)Inclut le dépistage	67 886 $	156 137 $ (avec avantages sociaux)
Registre du cancer (budget opérationel)		266 000 $
	Total	**De 2 935 281 $ à 2 992 681 $**
	Moins salaires du personnel actuel + dépenses opérationnelles	422 137 $
	Coûts différentiels	**De 2 513 044 $ à 2 570 544 $**

13.0 MISE EN OEUVRE

Nous présentons ci-après un plan général de mise en œuvre du cadre d'imputabilité de lutte contre le cancer. Ce qui est proposé ici – conformément au plan budgétaire pluriannuel – est un plan biennal de mise en œuvre progressive, en quatre étapes, menant au déploiement complet du réseau, et indiquant le total des coûts d'exploitation pour l'exercice financier 2005-2006. Ce plan se veut de haut niveau. Un plan plus détaillé devrait être élaboré, précisant les mesures prises, les personnes responsables, les dates de réalisation et les répercussions financières. Cela pourrait être présenté sous forme de graphique de Ghant ou dans un format équivalent.

Afin de structurer le processus de mise en œuvre, nous proposons que soit créée une équipe de mise en oeuvre « de transition », agissant comme sous-groupe du Comité directeur de lutte contre le cancer. Cette équipe serait chargée d'élaborer un plan de travail détaillé (calendrier) et de surveiller la mise en œuvre jusqu'à ce que certains éléments essentiels de la nouvelle structure soient en place. Par exemple, une fois formée, le bureau de direction du Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer pourra jouer le rôle de mise en œuvre de ce sous-groupe. Une fois constituée, l'équipe du Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer aura pour tâche de coordonner la mise en œuvre, ce qui permettra au Comité directeur de lutte contre le cancer de se retirer. Un haut fonctionnaire du ministère de la Santé et du Mieux-être devrait être nommé pour soutenir et coordonner les activités du groupe de mise en œuvre.

En présumant que la proposition visant la création du Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer soit retenue par le ministère de la Santé et du Mieux-être, nous recommandons un plan de mise en œuvre en quatre phases allant du 1er octobre 2003 au 30 septembre 2005.

Phase I
Du 1er octobre 2003 au 31 mars 2004
La première phase de la mise en œuvre consiste à former l'équipe du bureau de direction du Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC) en recrutant le chef de file du réseau provincial de lutte contre le cancer, le chef des opérations du réseau provincial de lutte contre le cancer et les chefs de file des deux sous-réseaux.

- Rédiger les descriptions de tâches et les profils d'emploi pour le poste du chef de file du réseau et le poste de chef des opérations de l'équipe du réseau provincial.
- Publier des avis de concours puis établir une liste des candidats retenus et faire les entrevues. Choisir le chef de file ou le leader du réseau avant février 2004. En même temps, recruter le chef des opérations de l'équipe du réseau mais attendre que le chef de file ou le leader du réseau ait été choisi pour que cette personne puisse prendre la décision finale.
- Rédiger les descriptions de tâches et les profils d'emploi et recruter les chefs de file des sous-réseaux.
- Former l'équipe du bureau de direction du Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer, qui sera chargée de la mise en œuvre continue.

Durant la première phase de mise en œuvre, plusieurs questions de politique devront être examinées. Certaines sont vitales au bon fonctionnement du réseau alors que d'autres, bien qu'elles ne soient pas essentielles, doivent être abordées avant la mise en place complète du réseau. Voici les choses à faire pour assurer le bon fonctionnement du réseau :

- améliorations à la surveillance par la nomination de deux épidémiologistes du niveau de la maîtrise et d'un biostatisticien – détermination des besoins durant la phase I;
- clarification de la vision et de l'orientation future de la recherche sur le cancer au Nouveau-Brunswick. Nous recommandons de retenir les services d'un expert-conseil durant la phase 1 afin de permettre l'élaboration d'un plan de recherche sur la recherche au Nouveau-Brunswick;
- prise de certaines mesures précoces pour résoudre des questions urgentes en matière de ressources

humaines en radiothérapie, en physique, en pharmacie, en oncologie médicale et en radio-oncologie. Même s'il est admis qu'il faudra un certain temps pour résoudre les questions relatives aux ressources humaines, la disponibilité de professionnels de la santé pour soutenir les activités du réseau est essentielle voire critique et l'on doit s'attaquer à ce problème dans les meilleurs délais;

- d'autres questions ont été soulevées, mais bien que leur résolution ne soit pas essentielle au réseau, elles méritent quand même notre attention. En voici quelques exemples :
    - formation interactive en oncologie;
    - mémoire provincial sur la curiethérapie;
    - prise de décision quant à l'avenir du dépistage du cancer du col utérin.

Phase II
Du 1er avril 2004 au 30 septembre 2004

- assurer la nomination du chef de file du réseau au sein du Conseil de la stratégie de lutte contre le cancer (SCLC), au sein du conseil de l'Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACAPC) et du Conseil des directeurs généraux des RRS;
- créer des postes supplémentaires pour la surveillance;
- établir le rôle et la durée du mandat :
    - de l'équipe de leadership ou de l'équipe du réseau provincial;
    - des comités consultatifs des sous-réseaux de lutte contre le cancer.
- nommer un premier président et un petit comité de direction qui seront chargés de définir la structure et la durée du mandat du conseil consultatif provincial de lutte contre le cancer;
- établir le mandat du premier groupe de fonctions et des éléments facilitateurs de lutte contre le cancer, recruter les présidents et constituer en priorité les groupes d'actions suivants :
    - la thérapie systémique – il est essentiel que les questions relatives à la sécurité soient examinées immédiatement;
    - la radiothérapie;
    - les soins primaires;
    - les soins palliatifs et les soins de soutien;
    - le Comité consultatif des professions avec, au début, un emphase sur les ressources humaines;
    - les guides de pratique clinique.

Il sera important de créer des liens entre les chefs de ces groupes et les initiatives de la SCLC et de l'ACAPC.

- Nommer le premier groupe de coordonnateurs et de secrétaires et aussi recruter un pharmacien qui s'occupera d'établir le budget provincial de chimiothérapie.

Exemples d'autres activités :

- définir les niveaux de prestation de services au sein du réseau;
- définir la structure ou le modèle pour les équipes locales de lutte contre le cancer indiquant le nombre et l'endroit de ces équipes;
- s'assurer que les groupes de fonctions et les facilitateurs de groupes reliés aux éléments de lutte contre le cancer déjà organisé établissent les attentes en matière de rendement à court terme.

Phase III
Du 1er octobre 2004 au 31 mars 2005

- Établir les mandats du deuxième groupe de fonctions et des éléments facilitateurs de lutte contre le cancer, recruter les présidents et constituer les groupes qui s'occuperont des aspects suivants :
  - chirurgie;
  - diagnostic et détermination des stades de la maladie;
  - prévention du cancer;
  - planification des installations, appareils et technologie;
  - recherche sur le cancer.

Autres exemples d'activités qui devraient se tenir durant cette phase :

- convocation de la première réunion du Conseil consultatif provincial de lutte contre le cancer;
- nominations d'autres coordonnateurs et secrétaires;
- mise en œuvre de la structure de deux comités consultatifs de lutte contre le cancer dans les sous-réseaux;
- convocation de la première réunion de l'équipe du Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer (RNBLC);
- nomination des présidents des groupes de fonctions et facilitateurs de groupes de lutte contre le cancer aux structures pertinentes à la fois de la SCLC et de l'ACAPC;
- définition des structures régionales pour la prévention des quatre principaux types de cancers : cancer du sein, cancer du poumon, cancer de la prostate et cancer colorectal;
- définition des établissements où seront pratiquées les interventions chirurgicales plus complexes (cancer du foie, du pancréas, de l'œsophage et autres types de cancer ayant des volumes minimums de cas) et définir les responsabilités des personnes responsables.

Phase IV
D'avril à septembre 2005
Le chef de file du réseau provincial et l'équipe de leadership du réseau devront élaborer les plans pluriannuels, les priorités, les attentes en matière de rendement (tels qu'ils sont indiqués dans les contrats de rendement) et les mesures de rendement.

Ultérieurement, on devrait demander à chaque région d'élaborer un plan triennal de lutte contre le cancer et de le présenter aux deux sous-réseaux.

14.0 ANNEXES
Annexe I

Stratégie de soins contre le cancer CALENDRIER DES CONSULTATIONS		
Date	**Heure**	***L'équipe au complet : les docteurs O'Reilly, Carlow et Roy Groupe**
Mardi **10 juin 2003**	9 h – 10 h	Consultants en soins contre le cancer, sous ministres adjoints, sous ministre (toute l'équipe*) – salle de réunion du SM – 5e étage, Place Carleton, 520, rue King
	10 h 15 – 12 h	Chefs de service du MSME : Service provincial d'épidémiologie, Planification stratégique, Assurance-maladie, Services hospitaliers, Santé publique; ministère des Finances, personnel des TI. (toute l'équipe) – salle de réunion du SM
	13 h - 15 h	Comité directeur sur les soins aux personnes atteintes de cancer (toute l'équipe) – salle de réunion du SM
	15 h – 16 h	(Dr O'Reilly et Dr Carlow - RRS 4) **Dr O'Reilly et Dr Carlow passeront la nuit à Fredericton.** **Dr Roy passera la nuit à Campbellton.**
Mercredi **11 juin 2003**	9 h – 11 h	Dr Carlow et Dr O'Reilly – réunion avec les présidents-directeurs généraux – Fredericton - salle de réunion du SM
	11 h 30 – 12 h 30	Dîner – Société canadienne du cancer, division du N. B. – salle de réunion du SM
	8 h – 9 h	Dr Roy – visite sur place : RRS 5 (Campbellton)
	10 h 15 – 12 h	Dr Roy – visite sur place : RRS 6 (Bathurst)
	14 h 30 – 16 h	Dr Roy – visite sur place : RRS 7 (Miramichi)
	13 h – 16 h	(Dr O'Reilly et Dr Carlow) – visite sur place : RRS 3 (Fredericton) **Toute l'équipe passera la nuit à Moncton.**
Jeudi **12 juin 2003**	9 h – 12 h	Visite sur place : RRS 1 (Beauséjour) – service d'oncologie (toute l'équipe)
	13 h – 16 h	Visite sur place : RRS 1 (Sud Est) (toute l'équipe) **Toute l'équipe passera la nuit à Saint Jean.**
Vendredi **13 juin 2003**	9 h – 12 h	Visite sur place : RRS 2 (Saint Jean) (toute l'équipe)
	14 h – 16 h	Consultants en soins contre le cancer – sommaire

Annexe II

À tous les participants :

Le présent document vous est fourni pour vous aider à participer à l'examen externe des mesures de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick. Il comprend ce qui suit :

- La structure de l'équipe d'examen
- Le mandat de l'équipe d'examen
- Le processus d'examen
- Des questions pour contribuer au processus d'entrevue et guider les personnes qui auraient l'intention de faire une présentation écrite
- Le calendrier des visites et de la participation des intervenants

L'équipe d'examen

Une équipe d'examen formée de trois personnes de l'extérieur a été mise sur pied pour exécuter cette tâche. L'équipe est formée des personnes suivantes :

- **Dr Donald Carlow** (chef d'équipe) – Consultant en santé, président et directeur général de l'Association canadienne des organismes provinciaux de lutte contre le cancer (CAPCA), président et président-directeur général sortant de l'Ontario Cancer Institute/Princess Margaret Hospital et de la British Columbia Cancer Agency, ainsi que membre du Conseil canadien de lutte contre le cancer.
- **Dr Susan O'Reilly** – Chef du programme provincial de thérapie générale de la Colombie Britannique, directrice du programme d'études en oncologie médicale à la faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique et présidente du comité consultatif de la CAPCA sur la politique de thérapie générale.
- **Dr Denis Roy** – Directeur du Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec, membre du Conseil canadien de lutte contre le cancer, membre du conseil d'administration de la CAPCA. Il possède des compétences en santé de la population et en épidémiologie.

Tâches de l'équipe d'examen

L'équipe a été chargée de mener à bien les tâches suivantes :

a) Proposer une structure organisationnelle orientée vers la planification, le financement, la distribution et la surveillance des services d'oncologie au Nouveau-Brunswick en vue d'améliorer l'accessibilité et la coordination des services d'oncologie dans l'ensemble de la province dans le cadre d'un réseau intégré de prestation des services d'oncologie.

Cette structure prendra en compte ce qui suit :

- Les ressources et les capacités existantes (points forts, limites et lacunes) au sein des régions sanitaires
- Les tendances et les activités dans d'autres territoires
- Les recommandations du Plan d'action sur les services de lutte contre le cancer
- L'harmonisation avec la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer

Le projet fera état des liens entre les divers intervenants ainsi qu'entre les fournisseurs de soins et les niveaux de soins, lesquels peuvent inclure les soins actifs et de longue durée, les soins à domicile, les soins palliatifs, les réseaux de bénévoles, les services de pastorale et la Société canadienne du cancer, division du Nouveau-Brunswick.

b) Proposer un plan de mise en œuvre, lequel :

- décrit les démarches, les options, les principaux participants, les rôles, les relations, les liens ainsi que les points à examiner;

- détermine les domaines pour lesquels des politiques, des normes et des lignes directrices de service sont nécessaires;
- précise les calendriers et les frais connexes;
- fixe les critères de surveillance et d'évaluation.

Processus d'examen

1. Analyse de l'environnement interne et externe

- Le système actuel de lutte contre le cancer au Nouveau Brunswick
  Par le biais de réunions avec les intervenants, l'examen de mémoires et l'analyse de divers autres documents sur la lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick, l'équipe se familiarisera avec les points forts, les faiblesses, les possibilités et les menaces en ce qui concerne la lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick.
- Le contexte des soins de santé au Nouveau-Brunswick
  L'équipe d'examen devra bien comprendre les orientations actuelle et future des soins de santé au Nouveau-Brunswick pour faire en sorte que le cadre de travail proposé s'intègre bien à l'ensemble du système. L'équipe tirera avantage de cette perspective par le biais d'entrevues avec le personnel du MSME et des bureaux régionaux ainsi que par la lecture de divers documents.
- Le contexte canadien
  Les membres de l'équipe d'examen ont une connaissance approfondie de la situation actuelle et de certaines perspectives d'avenir en matière de lutte contre le cancer au Canada et dans chacune des provinces. Cela comprend les priorités de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer et progrès réalisés dans plusieurs provinces en vue d'améliorer la lutte contre le cancer. La connaissance des divers « modèles » provinciaux, avec leurs points forts et leurs faiblesses, permettra de déterminer les « meilleures pratiques » et d'étoffer le cadre de travail proposé.
- Le contexte international
  Les membres de l'équipe d'examen partageront leur connaissance des démarches et des réussites dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets de lutte contre le cancer dans d'autres pays. Bien que les réseaux de santé puissent être différents dans d'autres pays, des systèmes intergouvernementaux de lutte contre le cancer qui ont déjà été mis sur pied (dans le cadre de stratégies nationales). On pourrait en tirer des leçons utiles pour le contexte néo brunswickois.

2. Détermination et analyse des enjeux

On déterminera et on analysera les enjeux par les moyens susmentionnés afin de préparer l'élaboration des différents cadres de travail applicables et fixer les priorités qui s'y rattachent.

3. Options quant au cadre de travail pour la lutte contre le cancer

À partir des connaissances nouvellement acquises, l'équipe élaborera diverses options quant au cadre de travail. Elle fera une analyse des avantages et des inconvénients de chacune et déterminera les priorités qui guideront la prise de décisions et le plan de mise en oeuvre.

4. Option privilégiée

L'équipe rédigera une description détaillée de l'option privilégiée et présentera les raisons qui la justifient. Elle fournira en outre des précisions au sujet d'un système coordonné et intégré conforme au mandat qui lui a été confié.

5. Plan de mise en oeuvre

Si l'option privilégiée est acceptée, un plan pluriannuel de mise en œuvre par étapes sera proposé, conformément au mandat.

Questions - Guide des intervenants

Les questions ci dessous sont conçues pour orienter les intervenants pendant les entrevues ainsi qu'à former la base des mémoires qui seront présentés au comité d'examen. Il est évident que la liste des questions est longue. Il n'est pas possible pour un particulier ou un groupe de répondre à toutes les questions. Nous demandons donc aux participants de se pencher sur les questions pour lesquelles ils sont le mieux préparés ou celles qui sont le plus pertinentes. Nous conseillons aux participants qui présenteront un mémoire de tenir compte des questions suivantes :

- Quels sont les principaux enjeux de la lutte contre cancer au Nouveau-Brunswick?
- De quelle façon voyez vous une structure ou un système de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick?
- Comment le Nouveau-Brunswick doit il faire progresser la lutte contre le cancer?
- Les mémoires peuvent être présentés ouvertement ou de façon confidentielle au président du comité d'examen par courriel à pam.mitchell@gnb.ca ou au Dr Don Carlow à lynnros@shaw.ca.

1. Structure et gouverne

- Quels sont les principaux jalons de la lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick?
- Croyez vous en la nécessité d'une vision ou d'une mission claire et commune en matière de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick?
- Comment pourriez vous décrire le modèle organisationnel qui est le système de fait en matière de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick?
- Décrivez la structure de gouverne de la lutte contre le cancer dans l'ensemble de la province et dans les régions, y compris la gouverne générale, le cadre de responsabilité ainsi que les liens entre les niveaux de soins et les éléments constitutifs de la lutte contre le cancer.
- Décrivez les principales caractéristiques organisationnelles du système de lutte contre le cancer, y compris les établissements participants, les professionnels et fournisseurs de services, le rôle des organismes communautaires, les liens entre les niveaux 1o, 2o et 3o, les mécanismes permettant aux patients de se faire entendre ainsi que les groupes de défense.
- Existe il des critères (explicites ou implicites) pour la désignation des établissements et des professionnels à titre de spécialistes des soins contre le cancer?

2. Établissement des priorités et planification

- Comment sont dressés les plans des services de lutte contre le cancer, y compris tous leurs éléments ainsi que les ressources humaines et les établissements?
- Quelles démarches sont présentement en cours pour harmoniser les plans de lutte contre le cancer avec la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer?
- Comment détermine t on les priorités en matière de lutte contre le cancer? Comment élabore t on la politique provinciale de lutte contre le cancer?
- Quelle est la situation actuelle des cinq éléments prioritaires en matière de lutte contre le cancer décrits dans le plan d'action des services de lutte contre le cancer?
- Comment utilise t on les données épidémiologiques pour obtenir les renseignements nécessaires pour guider la planification de la lutte contre le cancer?

3. Perceptions quand à la réforme du système de lutte contre le cancer

- Qu'est ce qui fonctionne particulièrement bien en matière de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick?
- Qu'est ce qui pourrait être amélioré?
- Quelles sont les pressions actuelles en faveur du changement (positives et négatives)?
- Selon vous, quelles sont les trois priorités absolues pour améliorer la lutte contre le cancer?

4. Services harmonisés de lutte contre le cancer et disciplines particulières

- Quelle est l'approche globale du Nouveau-Brunswick en matière de prévention du cancer?
- Comment les programmes actuels de dépistage sont ils dirigés et administrés? Décrivez la portée, l'organisation, la gouverne et la planification des programmes de dépistage?
- Comment les services de diagnostic – imagerie et pathologie/médecine de laboratoire – sont ils organisés à l'appui du programme de lutte contre le cancer?
- Décrivez la façon dont l'information sur la stadification des cancers est recueillie dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick et son degré d'uniformité.
- Comment les activités de chirurgie oncologique sont elles coordonnées avec l'oncologie médicale et l'oncoradiologie ainsi qu'avec les autres aspects des soins?
- Comment les soins palliatifs, les soins de soutien et l'oncologie psychosociale sont ils élaborés et administrés de façon intégrée et uniforme au Nouveau-Brunswick?
- Dans quelle mesure le programme de lutte contre le cancer s'intègre t il ou s'harmonise t il avec les soins de santé primaires et les soins communautaires contre le cancer?

5. Normes et lignes directrices pour la pratique clinique

- Quels outils servent à assurer une prise de décision cohérente en matière d'oncologie clinique? (c. à d. lignes directrices pour la pratique clinique)
- Comment élabore t on les normes qui doivent guider la prestation des services d'oncologie et les activités des disciplines professionnelles?
- Comment les services d'oncologie sont ils évalués par le Conseil canadien d'agrément des services de santé?
- Quelle est l'efficacité des méthodes de gestion des risques et de gestion et d'amélioration de la qualité des traitements anticancéreux dans chaque région ou hôpital? Comment savez vous que les thérapies anticancéreuses sont effectuées de façon sécuritaire?

6. Accès

- D'après vous, quels sont les plus grands défis et les plus grands problèmes pour la prestation des services de traitement du cancer dans un délai raisonnable?
- Quelle proportion des patients nécessite une thérapie à l'extérieur de la province?
- Quels sont les enjeux qui se rattachent à l'accès aux services diagnostiques et à la chirurgie dans un délai raisonnable?
- Comment surveille t on les délais d'accès et les périodes d'attente?
- Existe t il des normes ou des définitions cohérentes pour la gestion des listes et des périodes d'attente?

7. Surveillance et évaluation

- De quels indicateurs le MSME se sert il pour exercer une surveillance sur la lutte contre le cancer dans la province?
- Comment les régions observent elles leurs résultats en matière de lutte contre le cancer?
- Que disent les statistiques sur la survie au cancer à propos des résultats obtenus par le Nouveau-Brunswick? Comment la province se compare t elle au reste du Canada?
- Quelle est la perception du public et des patients à l'égard des soins contre le cancer?

8. Ressources

- Comment la province et les régions financent elles leurs activités de lutte contre le cancer et quels mécanismes servent à assurer l'équité et la cohérence en matière de financement?
- Existe il des normes de productivité parmi les régions et comment se comparent elles entre elles?
- Quel est le budget global des services de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick? Comment les décisions sont elles prises concernant la répartition des ressources financières aux régions pour la lutte contre le cancer?
- Quels sont les enjeux et les contraintes auxquels doit faire face le Nouveau-Brunswick? Qu'en est il comparativement au reste du Canada?
- Dans quelle mesure pensez vous que les méthodes de planification de votre hôpital ou votre région et du MSME répondent aux besoins en ce qui a trait aux ressources humaines (oncologues, chirurgiens, infirmières, technologistes, etc.), aux budgets de fonctionnement, aux budgets des médicaments anticancéreux, aux biens d'équipement et aux installations?
- Quelle est la probabilité que des ressources additionnelles soient consacrées aux services de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick?

9. Oncologie en milieu hospitalo-universitaire et recherche

- Quelle est l'envergure des activités de recherche sur le cancer? Comment la recherche est elle dirigée et administrée? Dans quelle mesure s'intègre t elle aux activités de lutte contre le cancer?
- Quels sont l'envergure, la structure et le cadre de responsabilité du programme d'oncologie en milieu hospitalo-universitaire?
- Comment les étudiants en médecine, les internes et les résidents sont ils initiés à la pratique de l'oncologie et comment les encourage t on à en faire une carrière?

Calendrier des visites

Les activités de l'équipe d'examen seront inclusives, et celle ci consultera un grand nombre d'intervenants, y compris les patients, les défenseurs, les bénévoles, les administrateurs, les représentants régionaux, les fournisseurs de soins, les praticiens en oncologie, les personnes qui participent à tous les aspects de la lutte contre le cancer, les membres du Comité directeur provincial sur les soins aux personnes atteintes de cancer, les représentants du monde de l'enseignement et les représentants du ministère de la Santé et du Mieux-être. Le calendrier des consultations est le suivant:Annexe Ultérieurement, on devrait demander à chaque région d'élaborer un plan triennal de lutte contre le cancer, et de le présenter par l'intermédiaire des deux sous-réseaux.

Annexe III

Revue de mémoires et documents

- Utilisation des médicaments anticancéreux – Plan de médicaments sur ordonnance
- B. Miedema, Ian MacDonald et Sue Tatemichi, « Cancer Follow-up Care : The Perspective of the Patient! », Canadian Family Physician, juillet 2003.
- Aperçu du programme de dépistage du cancer du sein de la Régie Santé de la Vallée
- Politique et normes des services de dépistage du cancer du sein au Nouveau-Brunswick
- Loi sur les régies régionales de la santé
- Renouvellement des soins de la santé : relever nos défis ensemble
  Elvy Robichaud, ministre de la Santé et du Mieux-être
  Février 2003
- Health Care System Overview
  Nora Kelly, sous-ministre de la Santé et du Mieux-être
  Mars 2002
- Régies régionales de la santé
  Orientation des membres du conseil des RRS
  Mars 2002
- Framework for Community Health Centres in NB (Cadre pour les centres de santé communautaires au Nouveau-Brunswick)
- Planification du système de santé
  Andrée Robichaud
  Ron Durelle
  Mars 2002
- Governance expectations for Regional Health Authorities
  (Attentes en matière de gouvernance des régies régionales)
  Ébauche de 2002
- Nouvelle vision - Nouveau-Brunswick
  Le plan de Bernard Lord pour changer ensemble notre avenir
  Juin 1999
- Budget du ministère de la Santé et du Mieux-être 2003-2004
  Documentation

- Revue de la stratégie relative aux soins aux personnes cancéreuses
  Régie régionale de la santé de la région du sud-est
  Juin 2003
- Initiatives en matière de prévention du cancer
  Marlien McKay
  Septembre 2002
- Rapport destiné à la population néo-brunswickoise
  Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2003
- Indicateurs de rendement en matière de santé
  Septembre 2002
- Plan d'action en matière de services aux personnes cancéreuses destiné à la population néo-brunswickoise
  Septembre 1998
- Faits saillants du rapport du conseil sur la qualité des soins de santé du Premier ministre
  Janvier 2002
- Le cancer au Nouveau-Brunswick
  1992 – 1996
- Durabilité du programme exhaustif de dépistage du cancer du col de l'utérus
  RRS Beauséjour 1B
  Novembre 2002
- Revue de la stratégie relative aux soins aux personnes cancéreuses
  Pharmacie
  Régie régionale de la santé du Sud-Est 1
  Juin 2003
- Régie Santé de la Vallée
  Données statistiques sur le cancer
- Communiqué de presse du ministère de la Santé et du Mieux-être
  Avril 2003
  120 millions de dollars de plus pour la santé
- Déclaration à l'Assemblée législative
  1er avril 2003
  Elvy Robichaud
- Mémoire du président du Comité sur la lutte contre le cancer
  Régie régional de la santé de Restigouche
- Régie Santé de la Vallée
  Planification stratégique des services d'oncologie
  Avril-mai 2003
- Lettre du Dr M. Burnell
- Exposé présenté par Velma Wade
  Centre d'oncologie Dr Léon Richard
  Juin 2003

- Projet pilote à l'échelle provinciale
  Radiothérapie par radionucléides
  Dr Santo Filice
  Juin 2003
- Exposé présenté à l'équipe de revue
  Régie régionale de la santé Beauséjour 1B
  Richard Losier
- Mandat du Comité sur les services aux personnes cancéreuses
  Régie régionale de la santé Beauséjour 1B
- Documents sur les soins palliatifs
  Dr Chris O'Brien, AHSC
  Juin 2003
- Beverley Tedford
  - Agent de liaison avec les hôpitaux, Nursing MSM
  - Résultats du sondage sur les services aux personnes cancéreuses
- Cancer – Contexte au Nouveau-Brunswick
  Pam Mitchell
  Mai 2003
- Levels of Care Approach for Systemic Cancer Therapy Delivery at River Valley Health, avril 2003
- Comité de direction des soins aux personnes cancéreuses
  Mandat
- Revue de la stratégie relative aux soins aux personnes cancéreuses du Nouveau Brunswick
  Juin 2003
  Dr David Tees
- Revue des soins aux personnes cancéreuses au Nouveau-Brunswick (Radiothérapie)
  Dr E. Kumar
- Coordonnateur de la formation médicale
  (Anglophone)
  Description de fonctions
  Mai 2003
- Documents divers provenant d'autorités internationales
- Réseau Santé Nor'est
  Qui sommes-nous?
  Exposé donné à l'équipe de révision
  RRS 6
- Programme de dépistage du cancer du sein
  Acadie-Bathurst
  RRS 6
- Amélioration de la qualité – Soins aux personnes cancéreuses
  Soins aux personnes cancéreuses à Miramichi
- Régie de la santé de Restigouche
  Demande de services de chimiothérapie